ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

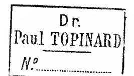
DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIme. SÉRIE. — TOME Ier.



A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1833.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1833.

Des Illusions chez les aliénés ; par M. Esquirol.
(*Mémoire lu à l'Institut, le* 1.er *octobre* 1832.)

Dans la séance du 16 juin 1817, M. Pinel fit à l'Académie des sciences, un rapport sur un mémoire que j'avais lu dans une séance précédente. Ce mémoire avait pour titre : *Des hallucinations des aliénés.*

Les aliénés croient voir, entendre, sentir, goûter et toucher, tandis que les objets extérieurs ne sont point à la portée de leurs sens, et ne peuvent les impressionner. Ce symptôme est un phénomène intellectuel, les sens ne sont pour rien dans sa production, il a lieu, quoique les sens no fonctionnent pas, et même quoiqu'ils n'existent plus. Ainsi il est des sourds qui croient entendre, des aveugles qui croient voir, etc. Les anciens n'avaient observé ce symptôme que relativement aux souvenirs des sensations de la vue, et lui avaient donné le nom de *vision.* Mais l'analyse de la pensée des aliénés, car les aliénés pensent et raisonnent, prouve que le même phénomène se reproduit par l'action du cerveau réagissant sur des sensations anciennement perçues par les autres sens, aussi bien que par celui de la vue; ce qui

m'a conduit à donner à ce phénomène le nom générique d'hallucinations. Dans ce même mémoire, dans lequel je signalais un des phénomènes psychologiques les plus remarquables du délire, je rapportais des faits qui démontrent que les hallucinations seules caractérisent quelquefois une variété de monomanie.

Je dois aujourd'hui entretenir l'Académie, des illusions chez les aliénés.

Les anciens n'avaient point distingué les visions des illusions des sensations. Quelques modernes, adoptant la dénomination que j'ai proposée pour les visions, ont confondu les hallucinations avec les illusions, les distinguant néanmoins en mentales (*visions*), et en hallucinations sensoriales (*illusions des sens*). Ces auteurs n'out point suffisamment apprécié la différence essentielle qui existe entre ces deux ordres de phénomènes. Dans les hallucinations, tout se passe dans le cerveau : les visionnaires, les extatiques sont des hallucinés, ce sont des rêveurs tout éveillés. L'activité du cerveau est si énergique, que le visionnaire ou l'halluciné donne un corps et de l'actualité aux images que la mémoire réveille, sans l'intervention des sens.

Dans les illusions, au contraire, la sensibilité des extrémités nerveuses est excitée; les sens sont actifs, les impressions actuelles sollicitent la réaction du cerveau. Cette réaction étant sous l'influence des idées et des passions qui dominent les aliénés, ces malades se trompent sur la nature et sur la cause de leurs sensations actuelles.

Les illusions ne sont pas rares dans l'état de santé, mais la raison les dissipe. Une tour carrée vue de loin paraît ronde; si l'on s'approche, l'erreur est bientôt rectifiée. Lorsqu'on voyage dans les montagnes, l'on prend souvent les montagnes pour des nuages; l'attention ne tarde pas à corriger cette erreur. Pour celui qui est dans un bateau, le rivage paraît en mouvement; la réflexion détruit aussitôt cette illusion.

Les hypocondriaques ont des illusions qui naissent des sens internes. Ces malades se trompent, se font illusion sur l'intensité de leurs souffrances, sur le danger de perdre la vie ; mais jamais ils n'attribuent leurs maux à des causes absurdes, contraires à la raison; ils ne déraisonnent pas, à moins que la lypémanie (*mélancolie*) ne complique l'hypocondrie. Alors seulement il y a délire, et les hypocondriaques errent, se font illusion sur la nature et les causes de leur maladie et de ses symptômes.

Les illusions, si fréquentes chez les aliénés, trompent ces malades sur les qualités, les rapports et les causes des impressions actuellement reçues, et leur font porter des jugemens faux sur leurs sensations internes et externes : la raison ne rectifie pas l'erreur.

Deux conditions sont nécessaires pour la perception d'une sensation. L'intégrité de l'organe qui reçoit l'impression, et l'intégrité de l'instrument qui réagit sur cette même impression.

Les illusions des sens reconnaissent aussi deux causes : l'état anormal des sens, et l'état anormal du cerveau.

Si la sensibilité et l'activité des organes sont troublées, il est évident que l'impression faite sur les sens par les objets extérieurs est modifiée, et si en même temps le cerveau est dans un état pathologique, il ne peut rectifier l'erreur des sens. De là les illusions.

L'attention trop mobile des maniaques ne pouvant s'arrêter assez long-temps sur les objets extérieurs, la perception est incomplète, et les maniaques perçoivent mal les qualités et les rapports des objets qui les impressionnent. Dans la monomanie, au contraire, l'attention étant trop concentrée, ne peut se porter successivement sur les objets extérieurs et étrangers aux préoccupations intellectuelles, ou aux affections qui dominent le monomaniaque. De là les illusions que la raison ne détruit pas.

Les passions, source de tant d'illusions chez l'homme

sain d'esprit, modifiant aussi les impressions des aliénés, donnant une direction vicieuse à la réaction de leur cerveau, les passions sont la cause de mille illusions chez ces malades.

L'intelligence et les passions concourent donc avec les sens aux illusions des aliénés, mais les extrémités sentantes sont, pour ainsi dire, les provocateurs de ces illusions.

Voyons maintenant ce que disent les faits. Ils nous apprennent que les illusions naissent des sensations internes et des sensations externes.

§ I. — Les perturbations de la sensibilité organique, les sensations internes provoquent souvent les illusions des aliénés.

La peau de quelques aliénés est sèche, aride, terreuse, brûlante, et fait mal ses fonctions. Ces malades sont indifférens aux températures les plus extrêmes. M. Pinel parle d'un maniaque qui ramassait de la neige à pleines mains et en frottait sa poitrine avec délices.

I.re *Obs.* — La fameuse Térouane de Méricourt a vécu pendant dix ans à la-Salpétrière, dans un état de manie. Elle jetait, matin et soir, dans son lit, deux seaux d'eau, et se couchait ensuite. Je l'ai vue briser la glace des fontaines, pour se procurer de l'eau.

Quelques aliénés ressentent une telle irritation de la peau, qu'ils croient être frappés et meurtris par le plus léger contact; qu'ils se persuadent qu'on leur jette, sur la peau, des substances ou des poisons qui les brûlent, qui les déchirent, etc. Nous avons à Charenton une aliénée qui pousse les hauts cris dès qu'on la touche du bout du doigt seulement : *Vous me faites du mal! Ne me frappez pas, ne me frappez pas!* s'écrie t-elle.

II.e *Obs.* — Un officier d'ordonnance, âgé de 27 ans, d'un tempérament sanguin, d'une force et d'une taille athlétiques, fut pris de fièvre intermittente, pendant la campagne de Prusse. On lui fit avaler un grand verre d'eau-

de-vie, dans laquelle on avait fait infuser la poudre de deux cartouches. M.*** devint aussitôt maniaque; il déchirait tout ce qui tombait sous ses mains, linge, vêtement, literie; force avait été de le laisser coucher sur la paille. Se sentant piqué, M.*** disposait la paille en rond, laissant au centre un espace vide, dans lequel il se plaçait; il agitait sa tête dans toutes les directions, souflant sans cesse sur la paille qui l'entourait, et poussant de temps en temps des cris, comme pour repousser des objets menaçans. Ce symptôme persista nuit et jour, pendant plus de trois semaines. L'on sut alors que le malade prenait chaque brin de paille pour autant de becs d'oiseaux de proie qui l'avaient blessé. Il soufflait dessus et poussait des cris pour épouvanter et éloigner ces animaux malfaisans. Plus tard, ce même malade eut des illusions nouvelles. A peine était-il couché, qu'il détruisait toutes les pièces de son lit et passait par poignées, la paille de sa paillasse, au travers de la croisée de sa chambre fermée par des persiennes, et parlait de temps en temps, comme s'il se fût adressé à des chevaux. Le bruit des personnes qu'il entendait marcher, était pris, par ce malade, pour les pas de ses chevaux qui venaient à la croisée comme à un ratelier. Le soin qu'on prenait d'enlever la paille au fur et à mesure qu'il la jetait, entretenait l'illusion de ce maniaque.

Les douleurs que les aliénés éprouvent dans les différentes régions du corps, sont pour eux autant de causes d'illusions.

IIIe *Obs.* — Mademoiselle *** âgée de 18 ans, jouissait d'une bonne santé, quoique encore mal réglée. Elle éprouva à la suite des évènemens de 1815 une douleur fixe au sommet de la tête. Bientôt elle se persuada qu'elle avait, dans le crâne, un ver qui dévorait son cerveau. La vue du cuivre la faisait presque défaillir, et ses parens avaient été obligés de faire enlever toutes les dorures des appartemens. Elle ne consentait à se promener qu'avec la plus grande répu-

gnance, parce que que la poussière soulevée par les promeneurs lui paraissait chargée d'oxyde de cuivre. Rien n'eût pu la décider à toucher à un flambeau doré ni à un robinet de fontaine. Plusieurs mois de traitement ayant été inutiles, je fus appelé auprès de la malade. Elle était maigre, un peu décolorée, très-irritable; elle se refusait quelquefois à manger, dormait mal et avait de la constipation; elle parlait de ses répugnances, tantôt avec vivacité, tantôt avec larmes. Je m'efforçai de gagner la confiance de la jeune malade; je flattai d'abord ses idées, et je l'assurai que je détruirais le ver cause de ses maux, si elle avait le courage de se laisser faire une opération peu douloureuse. J'avais si bien réussi à persuader cette jeune personne, qu'après une de mes visites, elle se fit, avec un canif, une incision au cuir chevelu. A peine vit-elle son sang couler, qu'elle se trouva mal. Je fus aussitôt prévenu; je me rendis auprès de la malade, elle avait recouvré la connaissance et était très-décidée à laisser faire l'opération dont je l'entretenais depuis quelque temps. Son courage soutint celui de ses parens qui consentirent à l'emploi du moyen que j'avais proposé. M. Bigot, médecin ordinaire de la famille, fit une incision cruciale, de plus de deux pouces d'étendue, sur le point douloureux; on laissa couler le sang. Nous montrâmes à la malade un fragment de fibrine que nous assurâmes, M. Bigot et moi, être l'insecte qui la faisait souffrir depuis si long-temps. Un cautère fut établi au centre de l'incision et maintenu pendant trois mois; la douleur fixe, les illusions et les craintes du *vert-de-gris*, disparurent en même temps.

IV.[e] *Obs.* — Quelques années plus tard, pendant que je faisais, à la Salpêtrière, mes leçons cliniques sur les maladies mentales, un cas semblable se présenta, chez une femme de la campagne, entrée dans la division des aliénées. Cette femme se plaignait de douleurs fixes et très-aiguës au sommet de la tête, douleurs qu'elle attribuait à un animal qui était dans la tête; ce qui l'avait jetée dans la lypémanie.

avec penchant au suicide. Je pratiquai une incision cruciale sur le point douloureux ; j'eus soin de montrer à la malade un fragment de lombric de terre, l'assurant que c'était la cause de ses maux. Après l'opération, cette femme montra à ses compagnes l'animal dont on l'avait délivrée, exprimant sa joie d'être guérie. Mais trente-six heures après, les compagnes de cette malheureuse se moquèrent d'elle, lui disant que je m'étais joué de sa crédulité : elle arracha aussitôt le cautère qui avait été établi ; les douleurs anciennes se réveillèrent, et avec elles les illusions.

V.e *Obs.* — Un général de division, âgé de cinquante et quelques années, avait contracté des rhumatismes pendant la guerre, et fut pris de manie avec fureur, à la suite d'une affection morale. Ses dents étaient mauvaises ; il en souffrait souvent ; il accusait le soleil d'être la cause des maux qu'il éprouvait, et lorsque ses douleurs étaient trop vives, le général poussait des cris affreux, adressait des injures au soleil et le menaçait d'aller l'exterminer avec sa brave division. Quelquefois les douleurs se portaient sur un genou ; alors le malade saisissait avec une main la partie douloureuse, et avec l'autre main fermée il frappait, à grands coups, son genou, en répétant : — *Ah scélérat, tu ne t'en iras pas ! Ah scélérat !..* Il croyait avoir un voleur dans le genou.

VI.e *Obs.* — Une dame âgée de 30 ans, d'une forte constitution, devenue hypocondriaque, après de profonds chagrins qui lui avaient fait perdre le sommeil, se persuada que son cerveau était pétrifié. Plus tard, ayant senti battre les artères temporales, lorsqu'elle était couchée sur le côté droit, elle crut que son cerveau était liquéfié et qu'il coulait comme un torrent. Cette illusion était d'autant plus singulière que cette dame savait très-bien qu'une semblable désorganisation du cerveau est impossible.

Les douleurs gastriques, intestinales, les borborygmes, le trouble des évacuations alvines, sont autant de symptômes

sur lesquels les aliénés se font souvent illusion, portant des jugemens aussi faux que divers sur la nature et les causes de ces symptômes. Les faits, à cet égard, sont très-nombreux et se retrouvent dans tous les auteurs.

VII.e *Obs.* — Ambroise Paré raconte qu'il guérit un hypocondriaque qui croyait avoir des grenouilles dans l'estomac, en lui faisant prendre un purgatif et en introduisant furtivement de petites grenouilles dans le vase qui devait recevoir les matières rejetées.

J'ai fait, à la Salpétrière, l'ouverture du corps d'une femme lypémaniaque, laquelle disait avoir un animal dans l'estomac. Elle avait un cancer de ce viscère.

VIII.e *Obs.* — Il y a, dans la division des aliénées de la Salpétrière, une femme qui, depuis un grand nombre d'années, éprouve des douleurs abdominales. Elle assure qu'elle a, dans le ventre, tout un régiment; lorsque les douleurs s'exaspèrent, elle s'irrite, crie, et répète qu'elle sent les coups que se portent les militaires en se battant, et qu'ils la blessent avec leurs armes.

IX.e *Obs.* — Une femme, âgée de 57 ans environ, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, avait été portière dans le cloître Notre-Dame et était très-dévote. Les évènemens de la révolution concoururent, avec la cessation des règles, à la rendre monomaniaque. Elle fut conduite à la Salpétrière, où elle a vécu un grand nombre d'années. Cette femme avait la taille petite, le cou gros et court, la tête forte et beaucoup d'embonpoint. Sa physionomie avait quelque chose de mystique. Habituellement calme, elle travaillait à la couture. On l'appelait dans l'hospice la *Mère de l'Eglise*, parce qu'elle parlait sans cesse de sujets religieux. Elle croyait avoir, dans son ventre, tous les personnages du Nouveau-Testament, quelquefois même ceux de la Bible. Elle me disait souvent: *Je n'y puis plus tenir, quand fera-t-on la paix de l'Église?* Si les douleurs s'exaspéraient, elle me répétait, avec un sang-froid imperturba-

ble : *Aujourd'hui l'on fait le crucifiement de Jésus-Christ, j'entends les coups de marteau qu'on donne pour enfoncer les clous.* Elle croyait aussi que les papes tenaient concile dans son ventre. Rien n'avait pu dissiper des illusions aussi bizarres. A l'ouverture du cadavre de cette femme, je trouvai tous les intestins réunis par une péritonite chronique, en une seule masse, adhérant très-fortement entre eux par leur tunique péritonéale.

X.e *Obs.* — J'ai retrouvé la même altération, quoique l'adhérence fût moins forte et moins générale, chez une démonomaniaque, qui croyait avoir dans le ventre plusieurs diables qui la déchiraient et la portaient sans cesse à se détruire. Cette femme était dans un état de maigreur excessive; sa peau était devenue très-brune, comme tannée, et privée de toute sensibilité. J'ai souvent traversé sa peau avec de grosses épingles, sans provoquer la moindre douleur. Cette insensibilité avait persuadé à cette lypémaniaque, que sa peau était changée en celle du diable.

Les irritations, les douleurs des organes de la génération, sont, pour les aliénés, et particulièrement pour les femmes, des causes fréquentes d'illusions; elles ont quelquefois porté les aliénés à se mutiler.

Les femmes monomaniaques érotiques éprouvent tous les phénomènes de l'union des sexes; elles se croient dans les bras d'un amant ou d'un ravisseur. Une démonomaniaque hystérique croyait que le diable, des serpens, des animaux, s'introduisaient dans son corps, par les organes extérieurs de la reproduction. Les aliénées hystériques sont disposées à attribuer, et attribuent quelquefois à des ennemis, à des jaloux, les douleurs, les constrictions de la gorge, qui les suffoquent.

Les douleurs vagues que les aliénés sentent dans les membres donnent lieu aussi aux illusions les plus pénibles.

XI.e *Obs.* — Un étudiant en médecine, âgé de 20 ans, fut pris de manie, causée par la présence de vers dans les

intestins. Il ressentait des douleurs atroces et poussait des cris affreux : il lui semblait qu'on lui enfonçait des dards, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds, ce qui lui faisait pousser des cris horribles, rechercher la solitude, l'obscurité, et l'empêchait de marcher. Les douleurs intolérables et la manie cessèrent après l'expulsion des vers.

XII.ᵉ *Obs.* — Nous avons à Charenton un monomaniaque, âgé de 30 ans, qui est persuadé que, toutes les nuits, on le conduit dans les souterrains de l'Opéra; là, on lui enfonce des couteaux, des poignards dans le dos, dans la poitrine; on lui enlève tantôt un bras tantôt une cuisse; on lui coupe même la tête. Lorsqu'on fait observer à ce malheureux que sa tête est sur ses épaules, qu'il conserve ses membres, que son corps n'offre aucune plaie ni aucune cicatrice, il répond : « *Ce sont des scélérats, des magnétiseurs, des francs-maçons, qui ont le secret de raccommoder les membres sans qu'il y paraisse.* » Si l'on insiste : « *Vous vous entendez*, réplique-t-il, *avec ces monstres, ces brigands. Tuez-moi, tuez-moi! Je ne peux résister aux souffrances qu'ils me font endurer, ni à leur cruauté.* » Le père de ce monomaniaque et son ancien patron sont regardés par lui comme les chefs de tous les scélérats qui le martyrisent chaque nuit.

§ II. Après les faits qui indiquent la part que la sensibilité organique, que les sensations internes prennent aux illusions, passons aux faits relatifs aux illusions qui naissent des sens externes.

Les perturbations de la sensibilité animale, les impressions qui viennent du dehors, les sensations externes, sont, avons-nous dit en commençant, des causes nombreuses d'illusions. Les illusions des sens externes ne sont pas rares chez l'homme en santé; elles sont fréquentes chez l'aliéné.

Le maniaque entend du bruit, il croit qu'on lui parle, et il répond comme si des questions lui avaient été adressées.

Entend-il plusieurs personnes parler, il croit que ce sont des amis qui accourent pour le délivrer, ou des sujets qui viennent l'élever sur le pavois et le proclamer roi.

Le panophobe croit, au contraire, qu'on lui adresse des reproches ou des menaces : une phrase insignifiante, il la prend pour l'expression d'un complot tramé contre lui; il croit entendre des ennemis, des agens de police, des meurtriers, se concerter pour l'arrêter, et le conduire à la prison ou à l'échafaud. Une porte s'ouvre-t-elle, il se croit perdu et prêt à devenir la proie de gens qui lui en veulent.

XIII.e *Obs.* — Un employé, âgé de 31 ans, avait perdu son emploi qui lui servait à nourrir sa famille, et était tombé dans l'infortune. Il se rendait à Paris; tout-à-coup il s'élance hors de la diligence, et provoque ses compagnons de voyage, qui ont, dit-il, tenu des propos contre lui et applaudi à sa destitution. Tous les voyageurs, au reste, lui étaient inconnus. Arrivé à Paris, M. *** se loge rue de Bourgogne; mais il n'ose sortir de chez lui, voyant, dans toutes les personnes qu'il rencontre, des espions et des agens de police prêts à l'arrêter. Ce jeune homme d'ailleurs était très-calme et très-raisonnable sur tout autre sujet. Un jour, il entend les pas de plusieurs personnes qui montent l'escalier de la maison qu'il habite. Convaincu que ces personnes viennent l'arrêter, il se saisit d'un de ses rasoirs, et se fait au cou plusieurs blessures peu profondes. Sa sœur, qui était dans la chambre, se précipite sur son frère; celui-ci rejette le rasoir, mais il veut se précipiter par la croisée, en entraînant sa sœur avec lui. Les voisins accourent, on place le malade dans son lit. Une heure après, il m'avoue qu'il n'a cherché à se tuer que pour se soustraire à l'arrestation et à l'infamie de l'échafaud.

XIV.e *Obs.* — Un général de division, âgé de 46 ans, d'un tempérament nerveux, se marie, et passe d'une vie très-active à une vie douce, agréable, inoccupée. Un an après, il devient jaloux, la jalousie augmente, et bientôt les

personnes qu'il reçoit chez lui, même ses meilleurs amis, sont des séducteurs de sa femme; plusieurs fois il a voulu se battre avec eux, et il les a poursuivis dans son château, le sabre à la main. Après plusieurs mois, le malade est conduit à Paris; ses inquiétudes s'accroissent; les cris des marchands qui courent les rues sont autant d'injures qui lui sont adressées; M. N... parcourt quelques-uns des logemens de l'hôtel qu'il habite pour y demander raison à ses prétendus rivaux; enfin, n'y tenant plus, il veut en finir, exige d'un de ses camarades que celui-ci lui donne du poison, il met ordre à ses affaires, et, après avoir fait son testament, il avale avec bonheur une potion insignifiante que lui présente son ami. Après quelques heures, M. N... ne sentant point les effets du poison, devient furieux contre son ami, qui l'a trompé, trahi, joué. Le général est confié à mes soins. Peu de jours après, nous allons nous promener à Saint-Cloud; pendant la promenade, le malade m'arrête plusieurs fois au milieu d'une conversation très-suivie. Entendez-vous, me dit-il, entendez-vous comme ils répètent: *lâche, jaune,* etc. Cette illusion était produite par le bruissement des feuilles et le sifflement des branches des arbres agitées par le vent, qui paraissaient au malade des sons bien articulés; cette illusion, que je croyais avoir combattue avec succès chaque fois, se renouvelait aussitôt que le vent agitait de nouveau les arbres.

XV.° *Obs.* — J'ai donné des soins à une dame que le bruit le plus léger jetait dans la terreur, surtout pendant l'obscurité de la nuit. Les pas d'une personne marchant très-doucement la faisaient frémir. Le vent la faisait trembler. Le bruit qu'elle faisait elle-même dans son lit l'effrayait, l'obligeait à se lever et à jeter des cris de terreur. J'ai rendu le sommeil à cette panophobe, en conservant de la lumière dans sa chambre, et en faisant demeurer auprès d'elle une femme qui la veillait toute la nuit.

La vue est le sens qui provoque le plus d'illusions dans

l'état de santé, parce que ce sens est plus souvent que les autres excité par les objets extérieurs. Les illusions de la vue sont très-fréquentes aussi chez les aliénés; elles donnent lieu à des ressemblances qui provoquent la fureur, et elles augmentent presque toujours le délire. Ainsi, l'un voit dans un parent ou un ami, un inconnu ou un ennemi dont il a eu autrefois à se plaindre.

XVI.e *Obs.* — Un jeune marié était en fureur dès qu'il voyait une femme au bras d'un homme, convaincu que c'était sa propre femme. Je l'avais conduit au spectacle au commencement de sa convalescence; dès qu'il entrait dans la salle une dame accompagnée d'un monsieur, il s'animait, et répétait plusieurs fois avec vivacité : *C'est elle, c'est elle.* Il faillit éclater. Force fut de nous retirer.

XVII.e *Obs.* — Une dame, âgée de 23 ans, atteinte de manie hystérique, restait constamment aux fenêtres de son appartement : c'était pendant l'été. Lorsqu'elle apercevait un beau nuage isolé dans l'air, elle appelait à grands cris : *Garnerin, Garnerin, viens me chercher,* et répétait toujours la même invitation jusqu'à ce que le nuage eût disparu. Elle prenait le nuage pour des ballons montés par Garnerin.

Un officier de cavalerie, voyant des nuages, les prenait pour un corps d'armée que Bonaparte conduisait pour faire une descente en Angleterre.

Souvent les aliénés ramassent des pierres, des fragmens de verre qu'ils croient être ou des pierres précieuses, ou des diamans, ou des objets d'histoire naturelle, qu'ils conservent avec le plus grand soin.

XVIII.e *Obs.* — Nous avons à Charenton un ancien professeur qui conserve dans sa cheminée une quantité énorme de petites pierres auxquelles il attribue une grande valeur : il les distribue comme des récompenses d'un grand prix; il s'irrite et se fâche lorsqu'on les lui enlève. Il croit que ce sont des caractères d'imprimerie dont il ne veut point se

défaire. Un autre aliéné ramasse des pierres, des colimaçons, des débris de verre, de poterie, pour en faire, dit-il, une riche collection d'histoire naturelle. Il accuse d'ignorance ceux qui ne croient pas à la beauté et à la rareté de ses échantillons.

XIX.e *Obs.* — M.me de C., arrivant à son temps critique, fut prise de monomanie hystérique; après quelques années, son délire changea de caractère. M.me de C. faisait des vers, des comédies qu'elle voulait soumettre au jugement des académies, et qu'elle faisait lire, s'applaudissant des beautés de ses compositions. Dans les six dernières années de sa vie, elle n'écrivait plus, mais elle ramassait des cailloux, en remplissait ses meubles; de temps en temps elle me confiait un ou plusieurs de ces cailloux, me vantait leur grosseur et leur prix, me recommandait de les remettre au roi afin de rétablir les finances de l'État.

Les effets de la lumière réfléchie sur les parois des appartemens qu'habitent les aliénés, ou modifiée par les objets d'ameublement, sont encore des occasions fréquentes d'illusions de la vue.

XX.e *Obs.* — Un M. ***, attaqué de lypémanie hypochondriaque, frappait continuellement, avec sa canne, sous les meubles de son appartement, et même d'un salon où il y avait plusieurs personnes; plus il marchait vite, plus il frappait; j'ai fini par savoir que l'ombre projetée sur le parquet par les meubles était prise pour des rats. L'ombre produite par le malade passant entre les meubles et la lumière lui faisait croire que les rats étaient en grand nombre, et alors il frappait pour les effrayer; plus il marchait vite, plus les jeux de la lumière étaient rapides, plus le malade croyait que le nombre de rats avait augmenté, plus il redoublait des coups de canne.

XXI.e *Obs.* — J'ai donné des soins à une jeune dame qui s'était occupée beaucoup d'arts et de littérature : son imagination était très-active. Cette dame était maniaque;

elle passait la nuit dans l'insomnie, ravie des beaux tableaux qu'elle voyait dessinés sur les rideaux de son lit et de ses croisées. Elle exprimait tout haut sa joie et son ravissement. Je suis parvenu à lui rendre le sommeil en la privant de lumière pendant la nuit.

XXII.e *Obs.* — Je donnais des soins à un monomaniaque qui mangeait ordinairement avec voracité. Depuis la belle saison, il prenait ses repas en plein air; les personnes qui le servaient s'aperçurent qu'il ne buvait pas pendant le dîner. Lorsque son domestique le pressait de boire, le malade s'impatientait, et répétait avec aigreur : *Veux-tu que j'avale mon frère?* Averti de cet incident, je me rends auprès du malade à l'heure de son dîner; je ne peux vaincre son refus de boire; mais je vois mon image réfléchie sur la bouteille qui était sur sa table. Je déplaçai aussitôt cette bouteille, le malade but quelques instans après, dès qu'il ne vit plus sa propre image réfléchie par le verre, image qui lui faisait croire que son frère était renfermé dans la bouteille.

XXII.e *Obs.* — Une jeune dame, atteinte d'un second accès de manie, refusait très-souvent les alimens qui lui étaient servis. Lui en demandant la raison, elle me répondit que les alimens étaient quelquefois hérissés d'aiguilles et d'épingles.

Les aliénés ne peuvent souvent ni lire ni écrire; il ne faut pas toujours en accuser seulement l'impuissance du cerveau et l'affaiblissement de la raison. Il arrive à quelques-uns de ces malades que, lorsqu'ils lisent ou écrivent, les lettres chevauchent les unes sur les autres, ou bien qu'elles se meuvent, comme si elles s'élançaient du papier; ce qui évidemment les empêche de lire ou d'écrire.

Mais ces illusions de la vue sont-elles bien le résultat de l'action anormale des yeux, action que ne rectifie pas la réaction cérébrale? Les deux faits suivans répondent suffisamment à cette question.

XXIV.e *Obs.* — Reil rapporte qu'une dame aliénée avait des accès d'agitation et de fureur : la femme de chambre de cette dame, voulant un jour contenir la malade, posa les mains sur ses yeux. Aussitôt la malade, revenue à elle, fut parfaitement calme, en disant qu'elle ne voyait plus rien. Le médecin, instruit de ce phénomène, le constata lui-même, et acquit la conviction que l'agitation de cette malade était produite par le trouble de la vue qui lui représentait des objets effrayans.

XXV.e *Obs.* — J'ai donné des soins à un jeune militaire allié à la famille de Bonaparte. Après beaucoup d'écarts de régime et des mécomptes de fortune, M. *** devint maniaque, et fut confié à mes soins. Il voyait, dans toutes les personnes qui l'entouraient, des membres de la famille impériale; il s'irritait et s'emportait dès qu'il voyait les domestiques remplir quelque devoir servile; il se prosternait aux piéds de l'un d'eux qu'il prenait pour l'empereur; il lui demandait grâce et protection. Je m'avisai un jour de lui bander les yeux avec un mouchoir. Dès ce moment le malade fut calme et tranquille, et parla raisonnablement même de ses illusions. J'ai répété plusieurs fois la même expérience avec le même succès. Une fois entre autres, j'ai conservé pendant douze heures le bandeau sur les yeux du malade, qui n'a point déraisonné pendant tout ce temps; mais aussitôt qu'il recouvrait l'usage de sa vue, le délire recommençait.

L'odorat, comme les autres sens, trompe les aliénés. Ces malades sont très-défians, et refusent les alimens parce qu'ils les trouvent d'une odeur désagréable; aussi la plupart flairent-ils les alimens solides ou les boissons qu'on leur offre avant d'y goûter, et il les repoussent quelquefois avec fureur, croyant sentir la présence du poisons.

Plusieurs aliénés sentant des gaz répandus dans l'air, les croient malfaisans et propres à les empoisonner.

XXVI.e *Obs.* — Un de nos malades, qui a par moment

de la dyspnée, me répète souvent : *Je ne sais pas ce qu'il y a dans l'air, mais je ne peux pas respirer. Il contient du méphitisme qui m'ôte la respiration ; je maigris horriblement, et j'en mourrai.*

J'ai vu des aliénés très-agités, très-inquiets, calmés par des odeurs agréables répandues dans leur appartement.

Presque toujours au début, et quelquefois dans le cours des maladies mentales, les fonctions digestives sont primitivement ou secondairement troublées, les aliénés trouvent un mauvais goût à tous les alimens qu'on leur présente, d'où ils concluent que ces alimens sont empoisonnés; ils les rejettent avec fureur ou avec effroi. Ce phénomène provoque encore, chez quelques-uns de ces malades, l'aversion pour les personnes qui les soignent, et cette aversion est d'autant plus énergique, que ces personnes leur étaient plus chères et plus dévouées : qu'y a-t-il de plus affreux que la crainte d'être empoisonné par ceux qu'on aime ?

Cette crainte et la répulsion des alimens cessent après peu de jours, soit par la diète, soit après des évacuations, lorsque l'embarras gastrique ou l'irritation de l'estomac sont dissipés. Ce symptôme, si inquiétant pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'observer les aliénés, n'a rien de grave. Il n'est point alarmant comme le refus obstiné de quelques monomaniaques qui ne mangent point, soit pour obéir à une idée fixe qui les domine, telle qu'une expiation, la crainte de manquer à un précepte religieux ou à l'honneur, soit pour terminer leur existence. Le refus de se nourrir, chez ces derniers malades, doit être combattu par tous les moyens possibles, afin de triompher d'une résolution qui menace la vie, tandis qu'il faut livrer à eux-mêmes les aliénés qui repoussent les alimens à cause que leur odorat et leur goût sont pervertis par le mauvais état des organes digestifs.

Il arrive aussi que la sécheresse et l'aridité de la membrane muqueuse de la langue et de la bouche persuade à

quelques aliénés qu'on mêle de la terre dans leurs alimens, qu'on veut leur faire manger de la viande gâtée; tandis que dans d'autres cas, particulièrement dans la démence, le goût étant détruit, ces malades mangent les substances les plus dégoûtantes et les plus fétides.

Le tact, employé si souvent par la raison pour dissiper les erreurs des autres sens, trompe quelquefois les aliénés. J'ai déjà cité plusieurs faits qui démontrent que la perversion de la sensibilité de la peau cause de nombreuses illusions sur les qualités des corps ambians ou mis en contact avec l'organe cutané.

Les membres des aliénés sont quelquefois tremblans : les extrémités de leurs doigts ont perdu la sensibilité normale. L'attention ne dirige plus l'application des organes du toucher. De là naissent des illusions sur les impressions tactiles des corps. Ces malades sont maladroits, saisissent mal, et ne retiennent pas ce qu'ils prennent; ils cassent ou laissent tomber les objets qu'ils ont saisis. Ils jugent mal de la forme, de l'étendue, de la solidité, de la pesanteur des corps : l'état pathologique du cerveau ne permettant point de rectifier ces illusions.

XXVII.e *Obs.* — Une dame, très-affaiblie par une couche et par des évacuations sanguines faites pour combattre un accès de manie, éprouvait une constipation opiniâtre. Je prescrivis des lavemens; malgré son agitation, M.me *** voulut les prendre elle-même. A peine lui eut-on remis la seringue entre les mains, qu'elle la rejeta avec horreur. Le même fait s'est renouvelé plusieurs fois. Cette dame m'a assuré depuis que la seringue lui avait paru si pesante, qu'elle l'avait crue remplie de mercure, et qu'on voulait faire de son corps un baromètre.

Conclusions. — De ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1.° Que les illusions sont provoquées par les sensations internes et externes;

2.° Que les illusions sont aussi souvent provoquées par l'excitation des sens internes que par celle des sens externe s;

2.° Que les illusions sont le résultat de l'action des extrémités sentantes et de la réaction du centre nerveux :

4.° Que les illusions ne peuvent être confondues avec les hallucinations (visions), puisque dans celles-ci le cerveau seul est excité ;

5.° Que les illusions égarent le jugement sur la nature et la cause des impressions actuellement reçues, et poussent les aliénés à des actes dangereux pour eux et pour les autres ;

6.° Que le sexe, l'éducation, la profession, les habitudes, en modifiant la réaction cérébrale, modifient le caractère des illusions (*Obs.* V, XI, XV et autres).

7.° Que les illusions prennent le caractère des passions (XII, XIV, XV) et des idées qui dominent l'aliéné (VIII, IX, X, XX, XXI, XXII);

8.° Que la raison dissipe les illusions de l'homme sain d'esprit, tandis qu'elle est impuissante pour détruire les illusions de l'aliéné.

Ce mémoire ne sera pas sans intérêt, si, par l'observation, j'ai constaté un phénomène psychologique mal apprécié, quoique fréquent, dans le délire; si les faits que j'ai rapportés jettent quelque lumière sur l'histoire encore si obscure des aberrations de l'entendement; si ces mêmes faits fournissent des vues thérapeutiques applicables au traitement des maladies mentales.

Revue des maladies qui se sont présentées à la clinique interne de Strasbourg (professeur M. LOBSTEIN *), pendant l'année scolaire* 1830-1831 ; *par* MAURICE RUEF, *docteur en médecine.*

Nulla est alia pro certo nocendi via, nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *de Sedib. et Causis morb.*, lib. IV, *Proœm.*

Avant-propos. — En livrant au public médical le résultat des observations que j'ai faites à la clinique de Strasbourg pendant l'année scolaire de 1830-1831, je ne me suis nullement dissimulé les difficultés que devait présenter à un élève à peine initié aux études médicales, un sujet aussi vaste, et qui pour être traité exige nécessairement une longue expérience ; mais le désir de faire connaître l'établissement dans lequel les élèves de cette Faculté puisent leur instruction pratique, m'a engagé à exposer la doctrine qu'on y professe sur les maladies internes et le traitement que l'on suit pour leur guérison.

Je tiens pour inutile d'entrer dans des détails sur ce qui concerne le service de la clinique interne, ainsi que sur le plan d'enseignement qu'on y suit. L'un et l'autre ont été suffisamment indiqués, soit dans le discours prononcé par M. le professeur Lobstein (1), à la distribution des prix

(1) *Clinique, Annales de médecine universelle*, 2.e année, t. II, N.o 30.

de l'année scolaire de 1830-1831 ; soit dans les thèses inaugurales de MM. les docteurs Marschal (1) et Rosché (2). J'entrerai donc de suite en matière, en passant en revue les maladies qui se sont offertes à notre observation. Lorsque quelques-unes d'entr'elles me paraîtront présenter quelque intérêt, je les citerai avec détail, et j'indiquerai les vues pathologiques ou thérapeutiques qui ont été professées à cette occasion. Je dois prévenir ici que M. Lobstein a été remplacé momentanément par MM. les aggrégés Aronssohn et Stoltz.

Puisse ce travail attirer l'attention sur un établissement qui mérite d'être plus connu, et qui vient tout récemment, d'après les vœux universels, d'être considérablement augmenté.

Fièvres intermittentes. — La clinique a présenté dans le courant de l'année 34 cas de fièvre intermittente, dont 17 ont offert le type quotidien, 24 le type tierce, 10 le type quarte ; 3 se sont présentés avec un caractère indéterminé. On y voit que le type tierce a prédominé, ainsi que l'a déjà observé M. le professeur Tourdes, à l'hôpital militaire (3), et M. Marschal, chirurgien interne à l'hôpital de cette ville, dans sa thèse inaugurale (4).

Les fièvres intermittentes se présentent rarement ici avec des caractères pernicieux ; les récidives sont fréquentes et doivent être attribuées surtout à l'imprudence des malades qui s'exposent de nouveau et de très-bonne heure à l'action des causes morbifiques qui avaient déterminé le

(1) *Essai de topographie médicale de l'hôpital civil de Strasbourg*. Strasbourg, 1829.

(2) *Coup-d'œil sur l'observation en médecine-pratique*. Strasbourg, 1830.

(3) *Observat. sur les fièvres intermitt. Journal de la Société des Sciences agric. et arts*, vol. V, page 401.

(4) *Essai de topographie médicale de l'hôp. civ. de Strasbourg*. Strasb. 1829.

premier accès. Souvent elles se compliquent d'embarras gastrique, d'engorgement de la rate et du foie; elles se terminent assez fréquemment par une leucophlegmatie.

M. le professeur Lobstein considère les fièvres intermittentes comme des névroses périodiques, et les range parmi les maladies dynamiques dont les phénomènes dépendent d'une intempérie ou action irrégulière du système nerveux abdominal; il explique l'engorgement de la rate et du foie par la concentration de cette action sur les plexus splénique et hépatique en particulier. Cullen, Hoffmann et beaucoup d'anciens pathologistes avaient déjà professé cette opinion. Stoll (1). entre autres, fait remarquer qu'il existe une grande analogie entre les fièvres intermittentes et les maladies nerveuses. Parmi les modernes, je citerai MM. Brachet (2) et Bailly (3) comme se rapprochant plus ou moins de cette opinion.

Traitement. — Dans les cas où la maladie est simple, on administre à la clinique le plus souvent le sulfate de quinine en pilules : ℞ sulf. quin.; succ. glycyrr, āā ʒj. m. f. m. *ex quâ form.* pil. n.° 60. A la dose de 4 à 8 grains pendant l'apyrexie.

Aux années antérieures à celles dont je m'occupe, on avait déjà soumis à la clinique 44 fièvres à l'action du sulfate de quinine. Ces fièvres étaient de différens types, les unes récentes, les autres plus ou moins anciennes, plusieurs d'entre elles étaient très-intenses. Toutefois, il n'y avait dans aucune, ni engorgement de la rate, ni aucune autre affection organique appréciable. Quarante-trois de ces fièvres ont cédé à l'administration de ce remède. Dans le plus grand nombre des cas, le troisième accès a manqué; une seule fois, la fièvre n'a cessé qu'au sixième accès;

(1) *Rat. médic.*, pag. 460, p. IV.
(2) *Archives gén. de Méd.*, 3.e année, tome IX, p. 340.
(3) *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes.*

chez un seul malade très-disposé aux hémorrhoïdes, une dose de sulfate de quinine avait provoqué une hématémèse, ce qui avait empêché de continuer le médicament. Dans le cas où la fièvre est accompagnée d'embarras gastrique, on donne un vomitif : ℞ Pulv. ipécacuanh., ℈ j; *aut* pulv. ipécac., gr. xv; tart. emét., gr. j; f. pulv., s. à prendre en une fois.

Quand les malades présentent de l'engorgement du foie et de la rate, on administre un électuaire du quinquina. ℞ Cort. peruv., magnes. calc., āā ℨ ij; extr. tarax., ℥ ß; syr. comm., q. s.; *pro elect. moll.*, s. à prendre par cuill. à café, toutes les demi-heures, jusqu'à purgation.

Relativement à ces engorgemens, j'observerai que celui de la rate nous a paru bien plus fréquent que celui du foie; nous l'avons vu commencer quelquefois par une douleur très-aiguë à l'hypocondre gauche et qui nous le faisait annoncer, avant même qu'il ne se manifestât; mais une fois formé, nous pouvions presser et palper la tumeur, sans que le malade s'en plaignît, preuve certaine qu'elle ne consistait point dans une inflammation, mais dans une simple hypertrophie. Au reste, ces engorgemens ont constamment cédé et même assez promptement à la méthode indiquée, ce que nous sommes disposé à expliquer par une révulsion sur le canal intestinal et par une secrétion augmentée dans la membrane muqueuse qui le tapisse intérieurement.

Si une leucophlegmatie se joint à la maladie, on emploie surtout les diurétiques.

Dans le courant de l'année scholaire, nous avons fait des essais pour constater l'efficacité de la salicine préconisée par M. Lehoux. Ils ont tous eu lieu sur des sujets chez qui la maladie s'est présentée exempte de toute complication. Dans une première observation sur une fièvre quarte, elle a été employée à la dose de 8 grains, qu'on a portée successivement jusqu'à 20 grains. Le malade a pris en tout 258 grains; les accès continuant avec la même intensité, pa-

raissant même augmenter de gravité, on a eu recours au sulfate de quinine dont huit grains ont suffi pour mettre fin à la maladie. Le même médicament a été employé sur quatres fièvres intermittentes franches et deux fièvres larvées sans plus de succès (1).

La pipérine, que M. le docteur Mêlé, à Novarais, dit avoir employée avec succès, a été également essayée dans un seul cas de fièvre franche, mais également sans aucun résultat satifaisant (2).

Quant aux fièvres larvées, la clinique nous en a offert deux exemples. Dans le premier, une céphalée, qui avait remplacé des accès incomplets de fièvre intermittente, revenait tous les soirs à la même heure et durait une partie de la nuit. Elle fut suivie, pendant douze jours, d'une intermission plus ou moins complète; au bout de ce temps, on employa six grains de sulfate de quinine, et l'accès suivant manqua. Dans le second, il y eut également une céphalée périodique et quotidienne, offrant pendant cinq jours des intervalles réguliers, mais dégénérant au bout de ce temps en fièvre intermittente véritable.

M. Lobstein pense que les fièvres larvées ne sont autre chose que des névroses intermittentes, partielles, fort circonscrites, n'occupant parfois qu'un très-petit espace, puisque souvent on ne les a observées qu'à la région sourcilière.

Bailly partage la même opinion, et les partisans de M. Broussais, en admettant une irritation locale primitive et qui n'est que toute névrose, raisonnent également dans la même hypothèse.

---

(1) L'année précédente, la salicine employée dans trois cas de fièvre franche, nous a fourni un succès douteux.

(2) *Annales univers. de Méd.*, déc. 1823.

Le houx a été également essayé sans succès. *Voy.* l'article du doct. Gustave Burckhardt, dans la *Clinique*, *Annales de Méd. univers.*, 2.e année, tome II, N.° 46.

Fièvres continues. — Deux femmes nous ont présenté cette maladie à un plus faible degré; chez l'une, elle est venue à la suite des couches, chez l'autre, elle a succédé à une fièvre intermittente, n'ayant point de caractère prononcé, et ne présentant aucune trace de lésion dans un appareil organique en particulier, si l'on excepte la simple irritation exercée sur le système sanguin. Ces fièvres cédèrent au bout de quelques jours à l'emploi du nitre associé aux sudorifiques. Le mélange nous a paru réussir toutes les fois qu'il s'agissait d'abaisser la chaleur fébrile, de calmer la réaction du système vasculaire et de porter légèrement à la peau. Une douce diaphorèse est d'ailleurs le meilleur moyen de rétablir l'harmonie dans les fonctions, lorsqu'elle a été troublée par les mouvemens désordonnés de la fièvre. La même observation, je le crois, peut s'appliquer aussi aux autres excrétions; mais aucune ne nous paraît aussi *complètement critique* que celle de la sueur.

Fièvre nerveuse. — Nous avons eu, dans le courant de cette année, huit fièvres nerveuses. Sur les individus qui en ont été attaqués, il y avait sept femmes et un homme; trois ont guéri et cinq ont succombé à la maladie; nous mettons au nombre de ces guérisons, celle d'une femme qui s'est présentée à la clinique avec tous les symptômes ataxiques; la crise s'était faite chez elle par une épistaxis deux fois répétée dans la nuit, et un érythème pustuleux autour des lèvres. Chez une autre, la guérison a eu lieu au bout de 44 jours de maladie, à la suite d'une éruption miliaire cristalline. Les individus morts sont ordinairement entrés à l'hôpital après 15 et même 35 jours de maladie. Un seul a présenté les symptômes inflammatoires à un haut degré; chez trois, on a observé des éruptions miliaires et pétéchiales très-considérables; les autres n'en ont offert que l'apparence; nous n'avons observé qu'une seule fois fois la douleur à l'épigastre, indiquée comme un des symptômes de la maladie, par l'école phy-

siologique. Chez tous, l'autopsie a été faite avec le plus grand soin; quatre ont offert une infiltration séreuse ou séro-sanguinolente de la pie-mère et de l'arachnoïde; chez un seul, on a trouvé un épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau; l'estomac et le canal intestinal étaient constamment injectés et la dothinentérie plus ou moins prononcée, suivant la période et la durée de la maladie. J'ai cherché inutilement à m'assurer de l'altération du névrilemme et de la raréfaction de la pulpe nerveuse, deux lésions dans lesquelles M. le docteur Reinhold (1), fait consister l'essence de la fièvre ataxique. C'est, au reste, sous ce nom que nous avons observé et étudié à la clinique la maladie nommée fièvre asthénique par Brown, fièvre avec faiblesse, par Richter, typhus, par les anciens, fièvre typhoïde, par M. Louis, fièvre ataxique, par Pinel, fièvre grave, par M. Andral, gastro-entérite, par M. Broussais, dothinentérie, par M. Bretonneau. Nos observations portent principalement sur la fièvre nerveuse aiguë; la fièvre lente nerveuse ne s'est point offerte à notre examen.

Quelles qu'aient été les altérations anatomiques observées dans nos autopsies, nous ne pouvons néanmoins nous convaincre qu'elles aient été dans un rapport de causalité avec la maladie elle-même. D'abord, l'infiltration séreuse des membranes du cerveau se rencontre aussi dans d'autres circonstances et qui n'ont rien de commun avec la fièvre nerveuse; l'injection et même l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale n'est point constante, comme on s'en est assuré plusieurs fois à la clinique, et comme le prouvent les observations de MM. Petit, Louis, Dalmas, Martinet et Andral; d'ailleurs, elle n'a rien de spécial et rien qui explique les symptômes de la fièvre. Enfin, la dothinentérie, quelque constante qu'elle soit, ne

(1) *Kritische Blicke auf das wesen des nerven-fiebers.* Dresden, 1824.

peut pas non plus être considérée comme la cause prochaine de la maladie, par la raison 1.° qu'on l'a vue manquer quelquefois (Alisson à Edimbourg, Neumann à Berlin); 2.° Qu'on la trouve dans d'autres maladies telles que la scarlatine (Louis) et la phthisie pulmonaire; et que 3.° elle n'est pas non plus en rapport avec les symptômes et phénomènes de la maladie. On s'est par conséquent borné à la clinique, à ne voir dans la fièvre nerveuse qu'une affection des centres nerveux, produite soit par un ébranlement tout particulier de ces systèmes, soit par un miasme animal *sui generis*, formé et élaboré dans l'économie animale elle-même, mais susceptible de se répandre au dehors et de se communiquer par contagion. Le miasme paraît agir d'abord d'une manière sédative sur le système nerveux, mais il détermine bientôt une réaction de la part de ce dernier, et c'est ce qui constitue la fièvre proprement dite.

Nous avons reconnu, dans cette fièvre, trois périodes distinctes: 1.° Celle des prodrômes; 2.° celle de l'invasion; 3.° celle de développement, sous-divisée elle même en période d'irritation et en période d'affaiblissement.

Chacune d'elles avait exigé un traitement spécial. Dans la première, lorsque surtout l'on soupçonne l'existence d'un principe miasmatique fixé sur le système nerveux, nous avons eu recours aux vomitifs, dans la vue de détruire et d'éliminer ce même principe, d'ébranler le système nerveux et de le monter sur un autre ton; c'est ce que nous exécutions avec l'ipécacuanha à la dose d'un scrupule, lorsqu'il y avait tendance à la diarrhée, et avec trois grains de tartre stibié dissous dans trois onces d'eau distillée, lorsque le cas contraire existait. La boisson était simplement délayante et diaphorétique, d'après la formule suivante: ℞ Rad. gramin., ℥ ß; *coq. cum* aq. fontan., q. s.; *ad reduct.*, ℔ ij; *add.* Rob. sambuc., ℥ vj.

On faisait faire en même temps des lotions tièdes avec le vinaigre sinapisé, et on ordonnait des bains de pied de même nature.

Dans la seconde période, on continuait le même traitement; s'il y avait frisson, on insistait sur les diaphorétiques, après quoi l'on revenait aux vomitifs.

Dans la troisième période, il s'agit particulièrement de soutenir les forces de la vie, et d'amener la maladie à une heureuse solution. Pendant le stade d'irritation, il importe de modérer la fièvre, de calmer les symptômes, de favoriser la transpiration, d'opérer sur les émonctoires, de préparer les crises, et de ramener l'équilibre dans la machine. Pour arriver à ce but, nous avons employé l'acétate et le succinate d'ammoniaque, les lavemens apéritifs, les boissons délayantes et diaphorétiques, d'après les préparations suivantes : ℞. Inf. sambuc., ℥iv; spirit. mind., ℥ij; oxym. simpl.; syr. comm. āā ℥j; m. d. ad vitr.; s. à prendre une cuill. à bouche par heure.

℞. Liq. corn. cerv. succin., ʒij; inf. fl. til., ℥iv; syr. cort. aurant., ℥j; s. à prendre à cuill. à bouche par heure.

Lorsqu'enfin, dans le stade d'affaiblissement, il s'agissait d'empêcher la chute des forces vitales, et qu'en même temps la peau était sèche ainsi que la langue, et que le malade était plongé dans le délire, c'est au camphre que nous nous sommes adressé, d'après la formule suivante : ℞. camphre, ℈j; gom. arab., ʒj; inf. fl. til., ℥iv; oxym. simpl.; sir. comm., āā ℥j; à prendre une cuill. à bouche par heure; ou à la serpentaire de Virginie, dans le cas où il y avait tendance à la diarrhée; l'angélique, la valériane et l'arnica, avec la liqueur anodine d'Hoffmann, se prescrivaient aussi; cette dernière de la manière suivante : ℞. fl. arn., ʒij; *inf. in aq. ferv.*, ℥iv; *ad collat. add.*; liq. anod. minér. Hoffm., ʒj; syr. cort. aurant. ℥; jm. à pr. 1 cuil. à bouche par heure.

Lorsqu'enfin les forces de la vie venaient à baisser davantage, qu'il y avait subdélire continuel, pouls petit, serré, tremblant, sueurs visqueuses et froides, c'est au musc que nous eûmes recours, ainsi qu'aux vésicatoires, aux lotions

avec du vin aromatique. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le traitement était modifié dans le cas où une complication particulière offrait de nouvelles indications à remplir.

Arachnite. — Antoine-Joseph Eckert, âgé de 10 ans, se plaignait depuis six ans de maux de tête continuels; huit jours avant son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 17 juin 1831, le mal de tête redoubla, et le malade présenta bientôt les symptômes suivans.

Céphalée permanente, somnolence, vomissement, état fébrile caractérisé par la chaleur et par la fréquence du pouls, qui de plus est tendu et vibrant. Saignée du bras; dix sangsues aux tempes. ℞. Mercur. dulc., gr. j; pulv. fol. senn.; sacch. alb., ãã, gr. iv; m. f. pulv. det. in sexdupl. s. 1 poudre de 2 en 2 heures.

La saignée et l'application des sangsues sont suivies d'un très-bon effet, et les poudres avaient provoqué quatre selles. Le 18, la céphalée a disparu, et il ne reste qu'un peu de faiblesse; mais le pouls est toujours fréquent (120 pulsations). Le jour suivant, la céphalée, et le pouls monta jusqu'à 134 battemens par minute. Cet état continua jusqu'au 22 sans qu'on eût changé de médication. Dès ce moment, les symptômes diminuent; le mal de tête cesse tout-à-fait; le pouls redevient naturel, et le malade sort guéri le 25.

On voit que la marche de cette maladie, qui aurait pu devenir très-grave, a été arrêtée dans la première période. Heureusement elle ne présentait pas encore des symptômes plus fâcheux, tels que strabisme, grincemens de dents, cris hydrencéphaliques, etc. Le traitement, qui a été suivi de succès, et qu'on doit toujours employer dans cette circonstance, consiste dans la méthode antiphlogistique la plus large. On n'hésita pas à pratiquer une saignée du bras, et à la faire suivre immédiatement d'une application de sangsues; le mercure doux, en procurant plusieurs selles, servait à débarrasser la tête et à faire une révulsion

sur les intestins. Toutes les fois qu'on peut encore administrer ce médicament, et qu'il n'est pas vomi par les malades, on a des chances de succès pour la guérison de cette maladie. Nous soupçonnons au reste que, dans ce cas, l'inflammation résidait dans cette portion de l'arachnoïde qui tapisse les ventricules du cerveau, et qu'elle aurait pu se terminer par une hydropisie des ventricules, si on ne fét parvenu à l'arrêter dès sa naissance.

Péricardite.—Marg. Barbier, âgée de 22 ans, servante, se disant malade depuis trois jours, entra à la clinique le 11 décembre 1831, se plaignant d'une douleur derrière le sternum, tellement vive que cette partie ne put supporter le moindre attouchement; elle ne pouvait indiquer aucune cause à sa maladie. Elle présentait en outre les symptômes suivans : Toux sèche, avec augmentation de douleur, pouls subfréquent, contracté, un peu dur; point de chaleur; céphalalgie; langue molle, nette à sa pointe, couverte à sa base d'un mucus blanchâtre : de temps à autre difficulté d'avaler; selles naturelles; menstruation régulière. La malade, sujette à des spasmes, avait eu, la nuit qui précédait son entrée à l'hôpital, une forte chaleur accompagnée de de jactation et de délire : des sinapismes firent cesser ces accidens; on lui prescrivit une potion avec : ℞. nitre dépurat., ʒj; aq. distill. ℥iv; spirit. mender., ℥ß; sirup. acetic.; — comm. āā ℥. Décoct. pectorale. 15 sangsues à la poitrine.

La journée se passa bien, et les sangsues déterminèrent une forte hémorrhagie; néanmoins il y eut le soir un redoublement de symptômes, mais sans délire; la malade eut quelques momens de sommeil.

Le 12, le pouls est plus développé, fréquent, un peu dur; la douleur du sternum est un peu allégée; la toux est rare, mais toujours accompagnée de douleurs à la poitrine; le mal de tête continue; point d'appétit; soif intense; langue nette; ventre resserré depuis trois jours. Même médicament; saignée du bras; lavement apéritif.

Le sang était couvert d'une croûte phlogistique. Avant qu'on eut pratiqué la saignée, la malade avait encore eu un redoublement de douleur dans la région précordiale. A trois heures de l'après-midi, il y eut un accès de fièvre, pendant lequel la douleur de la poitrine était beaucoup amoindrie; le soir cette douleur était très-supportable. Le lavement avait produit deux selles.

Le 15, la douleur diminue; le pouls est presque naturel; la langue très-nette. Même médicament, mais sans nitre. Vésicatoire à la poitrine.

Les jours suivans, la malade va de mieux en mieux; elle se plaint seulement de faiblesse, de lassitude et de douleur dans les membres. Les symptômes diminuent journellement, et la malade sort parfaitement guérie le 27.

J'ai cru devoir rapporter cette observation, parce qu'il est assez rare de rencontrer des péricardites, et de les voir se terminer heureusement. Tous les signes au reste s'y trouvaient, du moins ceux qui caractérisent l'inflammation *sub-aiguë* du péricarde (pour me servir de l'expression de Corvisart). Dans cette inflammation, la plus benigne de toutes, on n'observe pas la respiration entrecoupée, une vive inquiétude peinte sur la figure du malade, une fièvre continue, etc.; mais les symptômes sont pour ainsi dire plus modérés. Et quoique les ouvertures des cadavres fassent connaître un désordre un peu plus prononcé que dans les péricardites aiguës, puisqu'elles constatent au moins un produit matériel, savoir une fausse membrane, celle-ci néanmoins n'est point de nature à porter un trouble extrême dans l'économie ou à compromettre la vie, puisque, au bout du compte, elle se transforme en tissu cellulaire, et détermine les adhérences qu'on rencontre si fréquemment entre le cœur et le péricarde. J'oserai presque soutenir que, en faisant un jour l'autopsie de cette fille dont j'ai rapporté l'histoire de la maladie, on trouvera une adhérence semblable, ou du moins des taches blanches et

laiteuses, sur le feuillet séreux qui tapisse le cœur, et qui sont également le résultat de l'espèce d'inflammation que je viens de signaler, et à laquelle M. Lobstein a donné le nom d'*épiphlogose* pour la distinguer des autres espèces d'inflammation, dont la marche, les symptômes, et surtout le produit pathologique, sont entièrement différens, ainsi que leur terminaison.

Pleurésie, pneumonie et péripneumonie. — Nous avons réuni ces trois maladies, parce que reconnaissant la même étiologie, présentant à peu-près les mêmes symptômes, elles offrent aux praticiens les mêmes indications à remplir et sont combattues par les mêmes moyens thérapeutiques. Elles se sont offertes dans la proportion suivante :

- 17 pleurésies dont 8 observées sur des femmes et 9 sur des hommes.
- 2 pneumonies attaquant 2 hommes.
- 2 péripneumonies affectant un homme et une femme.

Sur les 21 malades traités à la clinique, un seul a succombé; mais il est permis de croire que la mort de cet homme, tailleur de pierres, a été hâtée par un engorgement du poumon, suite presque inévitable de sa profession. Une pleurésie observée au mois d'avril chez une femme, s'est compliquée successivement de symptômes ataxiques auxquels ont succédé une fièvre intermittente, puis un exanthême miliaire qui a amené la solution de la maladie. Une péripneumonie observée en juin, également chez une femme, a présenté le même exanthême miliaire, à la suite d'un embarras gastrique. Il ne peut guère y avoir de divergence d'opinion sur la pathogénie de l'inflammation du poumon ou de la plèvre; c'est, dans tous les cas, la dilatation des vaisseaux capillaires de ces organes par le sang, qui constitue la maladie. Cependant, une innervation violente semble à M. Lobstein précéder la congestion sanguine et l'accompagner tant que l'inflammation est dans toute sa vigueur, comme le prouvent le frisson par

lequel la maladie débute constamment, la réaction qui lui succède, les symptômes graves qui se manifestent et parmi lesquels le transport au cerveau n'est pas un des moins fréquens; mais comme tous les extrêmes se touchent, l'innervation exaltée tombe, lorsque la résolution ne s'opère point, dans un excès contraire. La vitalité du poumon diminue, et l'engouement ainsi que l'hépatisation de ce viscère en sont les suites inévitables.

Il résulte de cette manière de voir que la méthode antiphlogistique, si nécessaire et si éminemment utile dans une certaine période de la maladie, a aussi ses bornes qu'on ne doit point outre-passer, de crainte de déterminer dans l'organe pulmonaire un affaiblissement qui pourrait dégénérer en une paralysie contre laquelle viendraient échouer les excitans les plus puissans, tels que le camphre, la gomme ammoniaque, les fleurs de benjoin, la liqueur ammoniacale anisée ou succinée, les vésicatoires, etc., etc.

Rhumatisme. — Nous avons eu en tout 25 exemples de rhumatisme chez 12 hommes et 13 femmes; 2 seulement sont sortis de l'hôpital imparfaitement guéris. Cette affection se présentait le plus souvent dans toute sa simplicité, quelquefois seulement elle a été accompagnée d'embarras gastrique et de symptômes inflammatoires. Chez trois femmes, elle se compliquait de fièvre tierce. Chez un homme, la maladie, après avoir erré et s'être portée successivement sur différens organes, s'est fixée sur le tube digestif. Nous n'avons pas fait difficulté de placer au nombre de ces malades, trois individus offrant quelques symptômes d'arthritis, mais qui n'étaient pas assez prononcés pour être distingués du rhumatisme. En considérant le rhumatisme comme une espèce particulière d'inflammation des muscles et des aponévroses, produite par un principe irritant *sui generis* et qui paraît être la matière des transpirations insensibles retenues ou répercutées, on peut se rendre quelque raison de la différence qu'il y a entre cette affection

et les autres inflammations. En effet, ne passant jamais, ni à la suppuration, ni à la gangrène, sa guérison est dans le plus grand nombre des cas obtenue par l'élimination par la sueur du principe auquel nous avons attribué son existence.

Le moyen qui nous a réussi le plus souvent pour arriver à ce résultat, c'est la poudre de Dower, administrée à la dose de 5 à 8 grains, répétée trois fois dans les 24 heures; l'esprit de Minderer. à la dose de 1 à 2 onces, par exemple : ♃ Gom. arab., ʒ j; spir. mind., ℥ j; inf. fl. samb. aut til., ℥ iv; syrup. comm., ℥ j; m. une cuill. à bouche par heure.

Si le rhumatisme s'était porté à l'intérieur, les ventouses et les vésicatoires nous ont rendu de grands services. Dans le cas de rhumatisme chronique, nous avons employé les préparations ammoniacales souvent associées à l'extrait d'aconit, la teinture de gayac et surtout la teinture de colchique d'automne. Les essais faits avec cette dernière, ont été consignés dans la dissertation de Kuhn. Enfin, nous avons quelquefois mis en usage l'acupuncture avec un succès varié; dans quelques cas, elle nous a paru réussir complètement, notamment sur un vieux militaire attaqué d'un rhumatisme chronique aux muscles qui s'attachent au condyle externe de l'humérus, du côté droit. Après trois jours d'application des aiguilles, la douleur disparut entièrement. Dans des cas de rhumatisme aux muscles antérieurs de la cuisse et de la jambe, ce moyen avait également produit un soulagement marqué.

Catarrhe pulmonaire. — 22 Malades, dont 13 hommes et 9 femmes, se sont présentés atteints de catarrhe pulmonaire; les mois de décembre et de janvier nous ont surtout offert des catarrhes pulmonaires simples; chez un seul malade sur dix, il y avait complication gastrique, et sur un autre, la maladie dégénéra en fièvre intermittente. Dans le reste de l'année, le catarrhe s'est compliqué, tantôt d'embarras gastrique, tantôt

de congestion de sang dans le poumon; chez plusieurs, il s'y joignait un état fébrile soit continu soit rémittent. Je placerai sur la même ligne une toux continue observée sur un serrurier, et qui avait ceci de particulier, que les crachats étaient noirs, comme si on y avait mêlé de la poudre de charbon. Au reste, tous les malades sont sortis guéris de la clinique; c'est à quoi on devait naturellement s'attendre d'une maladie aussi peu dangereuse. Quant à la nature du catarrhe, il ne peut y avoir sur elle qu'une seule manière de voir; la maladie ne consiste, en effet, qu'en une fluxion muqueuse du poumon, ou pour mieux dire, dans une sécrétion augmentée de la membrane qui tapisse intérieurement les voies aériennes, sans l'intervention d'un état inflammatoire; c'est dans ce dernier point, que M. Lobstein s'écarte de la doctrine de Hunter, de Pinel et de l'école physiologique, d'après laquelle le catarrhe pulmonaire est le résultat d'une phlegmasie. Aux causes prédisposantes généralement reçues, il ajoute la réaction par sympathie nerveuse de l'estomac sur les organes de la respiration, se fondant sur cette observation, que la prédisposition au catarrhe est souvent en rapport avec l'état des voies gastriques, et qu'elle peut être combattue avec succès à l'aide des remèdes qui fortifient l'estomac.

Traitement. — Dans le cas d'un catarrhe simple, nous avons vu employer ordinairement les expectorans, tels que le soufre doré d'antimoine, kermès minéral; si la maladie paraissait provenir de refroidissement, on ajoutait les sudorifiques, et alors on faisait usage le plus souvent de la poudre de Dower, de l'acétate d'ammoniaque. ℞ Sulf. aur. antim., gr. IV-VI; gom. arab.; nitr. dépur. āā ʒ j; inf. flor. til. ℥ iv-vj; spir. minder. —Syr. acetic.—Syr. comm. āā ℥ j; m. une cuillerée à bouche par heure.

Si les malades se plaignent avec leur toux d'une douleur dans un endroit déterminé de la poitrine, on leur fait faire des frictions avec un liniment volatil; on applique des

ventouses ou un vésicatoire, si la toux se prolonge et menace de devenir chronique. Le premier de tous les remèdes est le lichen d'Islande; s'il n'est pas bien digéré, on lui associe quelque substance aromatique, et lorsqu'il y a asthénie générale du système, on y ajoute le quinquina d'après la formule suivante : ℞ Cort. peruv. — Lich. Island. āā ℥ß; f. *cum aq. font.* décoct. ℥vj; *ad coll. add.* syr. alb., ℥j; m. une cuill. par heure.

Dans le cas où la cause déterminante du catarrhe paraît résider dans l'estomac ou dans les premières voies, on emploie les évacuans et surtout l'émétique, qui a l'avantage de favoriser en même temps les sueurs; si enfin un état inflammatoire se joignait aux symptômes ordinaires, on avait soin de recourir au traitement antiphlogistique, surtout aux saignées générales et aux applications de sangsues sur la poitrine, avant d'en venir aux expectorans et aux préparations antimoniales plus particulièrement.

Paralysie idiopathique aiguë du poumon. — C'est sous ce nom que nous rapportons l'histoire d'une maladie que nous avons pu observer plusieurs fois à la clinique comme un phénomène accessoire à d'autres affections de la poitrine, surtout à la phthisie pulmonaire, et les terminant d'une manière subite, inattendue; mais qui, dans le cas suivant, s'est présentée sans aucune altération organique appréciable.

Jean-Baptiste Maugin, âgé de 28 ans, sondeur, d'une constitution forte, fut affecté, le 1.er avril 1831, d'un rhumatisme aigu qu'il attribua à un refroidissement; douleurs d'abord dans les genoux, s'étendant plus tard aux jambes et aux bras; pouls subfréquent, plus ou moins élevé, dur; insomnie produite par les douleurs; céphalalgie; soif; langue rouge sur les bords, jaunâtre au centre; bouche amère, mais pas de nausées; défaut d'appétit; constipation de trois jours; tels avaient été les symptômes que le malade présentait lors de son entrée à la clinique le 6 avril 1831. On

ordonna une saignée de dix onces; à l'intérieur, on administra : ℞ nitr. dépur., ʒj; inf. sambuc., ℥iv; spir. minder. sir. comm. āā ℥j; m. s. une cuill. à bouche par heure. Un lavement; une infus. de fl. de till. pour boisson.

La saignée fut pratiquée à neuf heures du matin (sang naturel); un soulagement marqué s'en suivit et dura pendant deux jours; mais à onze heures du matin, le malade fut pris d'une dyspnée considérable; la respiration était courte et difficile, et accompagnée d'un râle muqueux très-marqué. Le malade faisait des efforts comme pour rejeter des mucosités amassées dans les bronches, sans néanmoins pouvoir expectorer; les efforts ne firent qu'augmenter la dyspnée, qui bientôt se changea en orthopnée; une douleur forte s'étendant à toute la longueur de l'épine du dos, accompagnée de chaleur intérieure, vint se joindre aux symptômes indiqués. Le pouls s'étant relevé de nouveau, une nouvelle saignée de huit onces (sang épais, commencement d'une croûte phlogistique) fut pratiquée et suivie d'un commencement de lipothymie; pendant une heure après cette seconde émission sanguine, la respiration se montra moins stertoreuse et moins précipitée; alors on appliqua des sinapismes à la poitrine et aux bras, et on prescrivit à l'intérieur une mixture béchique, le pouls restant plein, fréquent et élevé; l'expression de la figure et la chaleur étaient naturelles. Cet amendement dura peu; la dyspnée revient plus fort que jamais, et la respiration devient stertoreuse. Enfin, à quatre heures de l'après-midi, le pouls paraissant encore assez élevé et fréquent, les forces diminuèrent, et le malade, qui n'avait pas perdu un seul instant connaissance, sentit l'approche de la mort, qui eut lieu une heure après.

L'autopsie, qui fut faite le 7, à neuf heures du matin, montra :

A la tête : dure-mère plus injectée qu'à l'ordinaire; piemère offrant une couleur lactée sans infiltration; densité

du cerveau normale; substance corticale naturelle; substance médullaire médiocrement sablée; centre ovale du côté droit plus sablé que celui du côté gauche; très-peu d'eau dans les ventricules latéraux; plexus choroïde un peu plus rouge qu'à l'ordinaire; rien dans le troisième ventricule; rien de particulier non plus à la base du cerveau.

A la poitrine : poumon sain, péricarde de même; cœur attaqué d'hypertrophie concentrique à son ventricule gauche; ventricule droit dilaté.

A l'abdomen : foie d'un volume ordinaire, d'une texture saine, un peu engorgé; vésicule plus grande que de coutume, et offrant une inflexion à son front; rate plus volumineuse, attaquée de ramollissement; estomac distendu par des gaz; injection en partie pointillée, en partie arborescente, de la membrane muqueuse de l'estomac, dans l'endroit qui succède immédiatement à l'œsophage; rien de particulier dans le duodénum; glandes mésentériques engorgées, offrant le commencement d'une dégénérescence tuberculeuse; point de dothinentérie; rien aux nerfs splanchniques; reins offrant les signes d'une congestion sanguine.

L'exemple que je viens de citer est un de ceux auxquels le docteur Schaeffer (1), de Ratisbonne, a donné le nom de paralysie pulmonaire, paralysie qu'il n'avait observée d'abord que chez les enfans. Storck (2) l'avait appelée *catarrhus suffocativus.* Le docteur Kerksig (3) lui donna le nom d'*asthma paralyticus.* Frédéric Hoffmann (4) et Stoll (5) l'ont décrit d'une manière très-satisfaisante. Enfin, deux autres médecins allemands, Hohnbaum et Ficker, l'ont constatée sur les personnés adultes. M. Lobstein l'a

---

(1) *Sammlung für praktische Abhandlungen*, tom. XVI, page 121.
(2) *Kinderkrankheiten*, tom. II, page 36.
(3) *Journal de Hufeland*, tom. XXVIII, N.° 4, page 20.
(4) *Medicin. ration.*, tom. III, sect. I, chap. 3, pag. 39.
(5) *Prolectiones in divers. morb. chronic.*, tom. I.er, page 275.

également reconnue chez eux, et l'observation que nous venons de citer en est une nouvelle preuve. En effet, rien n'a été trouvé ni dans le poumon, ni dans les autres organes, si ce n'est une hypertrophie du ventricule gauche; mais cette légère altération organique n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun des symptômes qui la caractérisent, on ne saurait lui attribuer l'issue fâcheuse de la maladie. A des symptômes morbides peu effrayans, nous voyons se joindre tout-à-coup une dyspnée formidable, accompagnée de râle muqueux; au bout d'une heure, la respiration devient stertoreuse, et la mort arrive six heures après ces accidens. Pourrait-on ne pas voir ici une lésion vitale de l'organe respiratoire? Cette idée d'ailleurs ne saurait répugner aux physiologistes ni aux pathologistes. Les expériences directes, si souvent répétées de nos jours, ont prouvé que le poumon, tout en jouissant d'une vie qui lui est propre, est sous l'influence immédiate des nerfs de la vie de relation; dès-lors une paralysie de cet organe n'a rien de plus extraordinaire que celle de tout autre organe. Cette maladie, dont nous venons de constater l'existence chez les adultes, comme elle l'avait été chez les enfans, se présente surtout fréquemment chez les vieillards, et ici encore on retrouve analogie parfaite. M. Lobstein rattache à cette affection des observations rapportées par M. Andral (1), et que ce professeur ne sait comment expliquer. Nous pouvons dès ce moment nous rendre un compte facile des phénomènes singuliers présentés dans les deux observations que nous allons rapporter plus loin à l'occasion de la phthisie pulmonaire, et où la paralysie du poumon a été entièrement occasionée par l'altération arrivée à l'organe.

Phthisie. — La phthisie, cette terrible maladie qui décime le genre humain, se présente très-souvent à la clini-

(1) *Clinique médicale*, 2.e édition. Tome I.er observation XI, page 213. Observat. XIX, pag. 245. Observ. XX, page 250.

que. 21 observations de ce genre ont été recueillies dans le courant de cette année, dont 11 hommes et 10 femmes. Six de ces malades sont sortis de la clinique avant la terminaison de leur maladie. Une jeune fille, chez qui la maladie a commencé par de fréquentes hémoptysies et s'est compliquée d'affection gastrique, est sortie après cinq mois et demi de séjour à l'hôpital, dans un état très-satisfaisant. Dans ce moment encore, elle jouit d'une parfaite santé (1). Sur 14 qui ont succombé, 8 ont été ouverts et examinés avec le soin le plus scrupuleux; ils ont présenté les altérations organiques ordinaires, telles que, poumon plus ou moins hépatisé, vomiques et cavernes plus ou moins considérables, œdème du poumon plus ou moins prononcé; 4 seulement ont présenté la dothinentérie à différens degrés de développement. Je crois devoir citer avec détails les observations suivantes :

Jean Rœmersberger, âgé de 39 ans, journalier, entra à la clinique, le 16 novembre 1830, se disant attaqué depuis 35 jours d'une toux chronique accompagnée d'expectoration difficile, de crachats mucoso-spumeux, nageant à la surface d'un vase à moitié rempli d'eau, de dyspnée pendant la nuit, d'une respiration avec râle muqueux et gargouillement. Du reste, il n'éprouvait aucune douleur pongitive de la poitrine; le décubitus était facile sur les deux côtés; le pouls, un peu fréquent, n'était accompagné d'aucune chaleur; il avait peu d'appétit; mais le ventre était libre et

(1) Cet exemple de guérison d'une phthisie bien confirmée n'est pas le seul que nous ayons eu occasion de constater. Cette année encore, un jardinier est entré à la clinique avec des symptômes d'une phthisie au douxième degré. Le stéthoscope indiquait l'existence d'une caverne à la partie supérieure du poumon droit. Après avoir craché le pus à pleine gorge et après avoir présenté tous les signes d'une phthisie au troisième degré, tels que fièvre hectique, sueurs et diarrhée colliquative, ce malade se rétablit peu-à-peu, l'appétit et l'embonpoint sont venus, et il est sorti avec les apparences d'une guérison entière.

la langue parfaitement nette. On lui donne : ℞ Extr. aconit., gr. viij; gom. arab., ʒ j; déc. hord., ℥ iv; syr. acét., syr. comm. āā ℥ j; m. s. une cuill. par heure. Une décoction pectorale pour boisson.

Les jours suivans, l'expectoration devint plus facile; les symptômes s'amendèrent peu-à-peu, et la toux elle-même diminua de jour en jour. Le 22, l'état du malade paraissant devenir plus franchement catarrhal, on ajouta le soufre doré d'antimoine à la potion précédemment prescrite. Le 24, la principale indication semblait consister à tonifier le poumon, tout en favorisant l'expectoration. On prescrivit, en conséquence, une décoction de lichen d'Islande avec l'extrait d'aconit. Le 25, l'amélioration paraissait plus prononcée que jamais; néanmoins le malade mourut une heure après la visite.

L'autopsie fut faite le 26, *à* 9 *heures du matin*. Le poumon droit était entièrement hépatisé et rempli d'un grand nombre de vomiques, les unes plus petites, les autres plus grandes. Le poumon gauche était dans le même état, à l'exception d'une très petite partie de son lobe inférieur. On n'a rien trouvé de particulier dans le cœur et dans les intestins; les bronches ne furent point examinées.

Jean Théophile Krieg, âgé de 57 ans, tailleur de pierres, entra à la Clinique le 16 mai 1831. Vingt ans auparavant, il avait été frappé d'une légère attaque d'apoplexie, qui ne lui laissa d'autre incommodité qu'une dyspnée continue, laquelle avait passé à l'état d'orthopnée, quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Le 16 mai, il était dans l'état suivant : la poitrine, explorée par la percussion et le stéthoscope, ne présentait qu'une légère pulsation dans une étendue assez considérable du côté gauche de la poitrine. La pulsation était abdominale; le malade ne toussait pas; le pouls était petit et nerveux; la peau de la face, des mains, des genoux, était d'une pâleur remarquable; M. Lobstein soupçonna l'existence d'un anévrysme passif du

côté gauche du cœur. On prescrit : ℞ Napht. vitriol., ℈j; spirit. sal. amon. aniss. ʒj; aq. méliss., aq. naph. ãã ℥ ij; *syr.* gummos., ℥j; m. une cuill. par heure.

Le 17, les symptômes étaient les mêmes; le malade meurt à 7 heures du soir.

L'autopsie fut faite le 19, *à* 8 *heures du matin.* — En voici le résultat : hépatisation partielle de la partie supérieure du poumon droit, petite vomique du foie, poumon extrêmement adhérent à la plèvre costale; par conséquent, absence d'hydro-thorax, hépatisation presque totale du lobe supérieur du poumon gauche avec vomique au centre de cette hépatisation; plèvre pulmonaire à l'état cartilagineux, hydro-péricarde, tache blanche sur le cœur; ventricule gauche un peu dilaté; ses parois un peu flasques; ventricule droit dans l'état naturel. Rate à tuniques cartilagineuses. Rien de particulier aux autres viscères.

Nous citerons la I.re observation comme analogue à celle que M. Louis rapporte dans son ouvrage sur la phthisie (1). A la question que se pose ce savant praticien : Comment expliquer une mort si prompte sans aucun accident et sans aucun phénomène précurseur ou concomittant? Nous répondrons qu'il ne faut pas voir dans les maladies le côté matériel seul, c'est-à-dire l'induration, l'hépatisation, l'engouement, l'infiltration, l'ulcération, etc., mais aussi, et peut-être plus particulièrement, le côté vital, c'est-à-dire la force et l'énergie dont le poumon jouit, et qui, diversement modifiées, peuvent parcourir divers tons, depuis le plus haut, qui correspond à l'inflammation, jusqu'au plus bas, et qui n'est autre chose que la paralysie pulmonaire, dont nous rapporterons plus bas un exemple.

La seconde observation me paraît encore confirmer plus spécialement cette manière de voir. En effet, la dyspnée

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, page 472.

reconnaissait probablement des *causes vitales*, puisque elle existait longtemps avant que le poumon se fût hépatisé et qu'une vomique se fût formée. Un état d'asthénie, auquel participait aussi le cœur, faisait donc le fond de cette maladie et amena la mort de l'individu, laquelle aurait pu encore être retardée, si la phthisie seule l'avait occasionnée, puisqu'elle n'était pas encore arrivée à sa dernière période.

Le cas suivant est un exemple d'une phthisie pulmonaire qui est survenue lentement et à la suite d'une cachexie générale. Charles Peisch, âgé de 43 ans, horloger, entra pour la première fois à la Clinique, souffrant des douleurs vagues et sourdes. Sorti guéri après un court séjour, il se présenta de nouveau le 12 juin 1831, avec les symptômes suivans : face, extrémités inférieures et scrotum infiltrés ; prostration extrême des forces ; douleurs dans les membres et dans les lombes ; toux sèche, vertiges, appétit vorace ; soif inextinguible, ne pouvant presque pas être appaisée par 14 livres de boisson prises chaque jour ; urines très-copieuses, décolorées et insipides ; à ces signes on n'eut pas de peine à reconnaître l'existence d'un diabétès, et ce qu'il y avait de remarquable, c'est que les symptômes de cette maladie étaient en rapport inverse avec ceux de l'anasarque. Le traitement devait varier suivant les circonstances, et l'on dut employer tour-à-tour les excitans, les toniques et les sudorifiques. La maladie parut diminuer de gravité, et le 14 août, jour de fermeture de la Clinique, le malade se trouvait dans un état assez satisfaisant. Le 11 novembre 1831, il revient à l'hospice avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré. Pendant les vacances, on lui avait fait subir un traitement mercuriel motivé par d'anciennes affections syphilitiques. La phthisie fit des progrès rapides. Le 18, le malade succomba. L'autopsie fut faite 36 heures après la mort.

Poitrine. — Léger hydrothorax du côté gauche, hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche ; lobe supérieur

sain ; plèvre costale et pulmonaire tapissée de fausses membranes au premier degré ; partie moyenne et supérieure du lobe supérieur du poumon droit, présentant de l'hépatisation et une vomique considérable; lobe inférieur assez sain; hydro-péricarde; parois du ventricule gauche très-épaissies, foie sain, rate un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire, mais non altérée dans son tissu; point d'ulcérations dans les intestins; reins parfaitement sains.

Cette observation est encore remarquable sous un autre rapport, c'est que l'ouverture du cadavre n'a rien appris sur la cause prochaine du diabétès. Il est vrai que celui-ci avait déjà cessé depuis un certain temps; mais les changemens organiques, quels qu'ils soient, auraient dû persister dans les reins, ou du moins quelques-unes de leurs traces, si c'est à ces altérations qu'était due la maladie.

Sous le rapport de la thérapeutique, on doit admettre trois espèces de phthisie pulmonaire, la phthisie tuberculeuse, la phthisie ulcérée et la phthisie pituiteuse. Les observations que nous avons recueillies appartiennent toutes à la seconde espèce; néanmoins elle doit, dans la plupart des cas, être considérée comme une suite de la première; en effet, il est très-rare de la voir persister jusqu'à la mort du sujet; ce n'est guère que dans le cas où les tubercules sont de nature arthritique que le malade peut les conserver un très-grand nombre d'années sans qu'ils passent à l'état de ramollissement, et par suite à celui d'ulcération. La phthisie ulcérée ne consiste point, selon M. Lobstein, dans une affection purement locale et dans la seule érosion du poumon; c'est au contraire tantôt une maladie générale, une intempérie de tout le système, et principalement du système nerveux, qui, après s'être portée alternativement sur plusieurs appareils, s'est fixée en dernier lieu sur celui de la respiration, tantôt une véritable cachexie dans laquelle la matière animale altérée est pour ainsi dire décomposée et dirigée au moyen de congestions soit actives,

soit passives, vers l'organe pulmonaire. Voyez, par exemple, les hypochondriaques tourmentés pendant de longues années de leurs spasmes abdominaux; ils finissent par tomber dans la phthisie pulmonaire, et particulièrement dans la phthisie trachéale. Examinez les arthritiques : des tubercules crétacés se développent dans le parenchyme de leur poumon; il n'y a pas de scrofuleux qui ne finisse ainsi sa carrière; les neuf dixièmes de phthisies ne sont-elles pas en effet des phthisies scrofuleuses. La diathèse catarrhale, la cachexie syphilitique, que produisent-elles à la longue, si ce n'est une altération radicale du poumon? D'un autre côté, la disposition phthisique est elle-même une véritable phthisie; analysez-la, et voyez si vous n'êtes pas obligés de remonter à une irritabilité ou à une sensibilité exaltée, soit du système nerveux, soit du système sanguin, d'où résulte une tendance permanente à une circulation irrégulière, à des congestions de sang, et par suite à une fausse pléthore dans les organes mous et spongieux. Ainsi, chez un sujet affecté de disposition phthisique, le poumon est le siége permanent d'une congestion de sang qu'augmentent les causes les plus insignifiantes, et qui devient d'autant plus dangereuse, que le jeu de l'organe a pu être gêné par une conformation vicieuse de la poitrine. Cette congestion une fois admise, et une stase d'humeurs dans le poumon reconnue, on concevra facilement que ces dernières finissent par pêcher ainsi par leurs *qualités*, que la nutrition de l'organe se fasse mal, surtout si, comme il en arrive dans la diathèse scrofuleuse, la plasticité générale est en défaut. De là la tendance à des sécrétions morbides et au développement de matières hétéro-plastiques qui se produisent dans le parenchyme du poumon sous forme de granulations, de tubercules, de substance grise, etc. Or, c'est une tendance basée elle-même sur un état dynamique vicieux, soit du système nervoso-sanguin en général, soit de celui d'un appareil ou d'un organe en particulier, qui est trans-

mise des parens aux enfans; c'est ce qui constitue l'hérédité de la phthisie. M. Lobstein ne pense pas que les tubercules soient innés, mais la faculté de les sécréter et de les développer; il n'est pas éloigné non plus d'admettre la contagion dans cette maladie, se rangeant du côté de l'opinion de Van-Swiéten, Frank et Hufeland. Des exemples trop frappans et trop bien constatés de phthisie qu'il a observés dans des familles, et que des époux se sont donnés, l'ont fortifié dans cette opinion, bien qu'il ne puisse la défendre par des considérations théoriques.

Quant à l'anatomie pathologique du poumon des phthisiques, voici la doctrine que ce professeur enseigne dans son cours : Il n'y a, sous le rapport pathologique, aucune différence entre la phthisie tuberculeuse et la phthisie ulcérée. L'une est le complément ou la suite nécessaire de l'autre, et toutes les deux entraînent une fièvre lente; mais il y a une différence sous le rapport anatomique, puisque tantôt la maladie a son siége primitif dans les vaisseaux lymphatiques, ce qui fait la *phthisie scrofuleuse*, et tantôt dans les vésicules bronchiques, ce qui constitue la phthisie non scrofuleuse. Néanmoins, dans l'une et l'autre espèces, l'origine et le développement de la maladie organique sont les mêmes. Elle commence constamment par des granulations que l'on peut distinguer relativement à leur figure : 1.° en miliaires; 2.° en hordéiformes; 3.° en lobulaires, quoique dans le fond elles fassent le passage de l'une à l'autre. En effet, plusieurs granulations miliaires constituent les granulations hordéiformes, plusieurs hordéiformes font les lobulaires, plusieurs lobulaires font les tubercules, plusieurs tubercules confluens font l'induration qui peut être partielle ou totale; une fois achevée, elle prend une couleur grise ou d'un gris ardoisé; et quant à la substance, elle est du genre des productions hétéro-plastiques qui, par leur nature, sont susceptibles de se ramollir : et voilà l'origine des ulcères et des vomiques. Dans des circonstances très-rares, on a ob-

servé une guérison complète de la phthisie ulcérée. Laennec en a constaté quelques cas, et M. Lobstein en a observé deux dans le courant de sa pratique. Ces guérisons ne purent arriver que par le concours de quatre conditions favorables : 1.° de l'absence d'une cachexie ou d'une cause générale; 2.° d'une induration grise qui n'est que partielle, et au centre de laquelle la vomique est creusée; 3°. des efforts de la nature qui cherche à développer à la surface interne de la vomique un tissu oméio-plastique (tissu pyogénique ayant de l'analogie avec les tissus muqueux) susceptible de transformations organiques, telles qu'une dégénérescence en tissu cellulaire après une inflammation adhésive; 3.° de la conservation du ton, de l'énergie et de la force vitale du poumon.

Pour compléter le tableau des désordres qu'amène la phthisie ulcérée, opposons-lui celui des autres maladies organiques du poumon, qui sont moins fâcheuses et qui laissent plus de chances de salut au malade. Elles consistent dans des engorgemens, mais qui diffèrent de celui que je pourrais appeler phthisique, en ce que, 1.° ils ne sont pas formés d'une matière hétéro-plastique; 2.° qu'ils ne passent pas par la forme de granulations miliaires, hordéiformes, lobulaires, et par l'état tuberculeux, mais que, moins lents à se développer, ils affectent plus particulièrement le tissu inter-lobulaire et inter-vésiculaire du poumon; 3.° en ce qu'ils ne dégénèrent pas en ulcères et en vomiques. Quand ils n'occupent pas la totalité du poumon, qu'ils ne dépendent pas d'une diathèse (ce qui a rarement lieu, parce qu'ils sont dus à une cause accidentelle, telle qu'une inflammation); quand le poumon conserve sa force vitale, et qu'on peut le préserver de la paralysie dont il est susceptible d'être attaqué aussi bien que les autres organes, ils peuvent être dissipés peu à peu, ou bien l'individu peut les porter presque impunément pendant toute sa vie. Au reste, ces engorgemens offrent encore une différence tran-

chée relativement à leur consistance, lorsque l'inflammation qui la détermine n'est pas tout-à-fait franche, lorsqu'elle attaque des individus faibles, des enfans, des femmes délicates, des vieillards; lorsqu'elle a lieu sur des personnes sujettes au catarrhe chronique, l'engorgement est mou, et prend le nom de *splénification* ou d'*engouement*. Lorsque, au contraire, l'individu est placé dans des conditions opposées, cet engorgement est encore plus dense, et prend le nom d'*hépatisation*, laquelle est *rouge* ou *blanche*, suivant qu'il s'est écoulé un temps plus ou moins long entre l'instant de sa formation et celui auquel on s'est livré à l'examen cadavérique.

Apoplexie. — Trois apoplexies ont été observées chez deux hommes et une femme. Cette dernière guérit facilement d'une attaque qui avait été insignifiante, et dont il ne resta qu'une légère faiblesse dans le bras droit. Je crois devoir citer en détail les deux autres observations.

I.re *Obs.* — Jean-Jacques Spekel, âgé de 58 ans, ancien militaire, entra à la clinique le 18 janvier 1831, après huit jours de maladie; il ne présentait d'autres symptômes qu'une rétention d'urine jointe à une constipation assez opiniâtre, et une légère aberration d'esprit caractérisée par le désordre et l'incohérence des idées; pendant trois jours on ne lui administra d'autre médicament que quelques lavemens et un purgatif. Le 21, le pouls était fort, fréquent et élevé; on pratiqua une saignée (sang naturel); les urines reprirent leur cours, et le pouls redevint normal. Le 23, il mourut subitement. L'autopsie, faite trente-six heures après, ne montra aucune lésion organique appréciable.

II.e *Obs.* — Mat. Boncourt, âgé de 45 ans, boulanger, entra à la clinique, le 20 mai 1831, avec une phthisie pulmonaire au second degré, pour laquelle il fut soumis à un traitement approprié. Le 24, le malade éprouva un accès de somnambulisme auquel succéda un état imparfait de démence; on lui administra le camphre, on fit des lotions

à la tête avec du vin aromatique, et on appliqua un vésicatoire à la nuque. Le 27, la toux était presque nulle pendant le jour, mais plus fréquente pendant la nuit. Le pouls était sub-fréquent et petit, et la tête toujours faible. M. Lobstein, craignant de voir cet état d'asthénie de l'encéphale se terminer par une apoplexie nerveuse ou séreuse, ordonna la prescription suivante : ℞. fl. arnic., ʒj; inf. in aq. ferv., ℥iv; ad collat. add.; liq. corn. cerv. succin., ʒj; syr. cort. aurant., ℥j; m. 1 cuill. à b. toutes les heures.

℞. sirup. comm.; sirup. gumm. āā ℥j; m. à prendre en boisson à discrétion. Lotions sur la tête.

Le 29, le système nerveux tout entier paraissait dans un état d'asthénie; on porte à deux gros la dose des fleurs d'arnica. Les fonctions de l'encéphale se rétablirent par suite de cette médication; mais en même temps la phthisie qui, pendant ce temps, est restée pour ainsi dire latente et stationnaire, recommence à faire des progrès, et le 19 juin, le malade meurt subitement. L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort.

Tête. — Membranes et substance du cerveau dans l'état naturel; ventricules latéraux dilatés, remplis d'une once environ de sérosité limpide, fausse membrane non-organisée, tapissant la base de l'encéphale, s'étendant depuis le collet de la moelle alongée jusqu'à la commissure du nerf optique, remplissant la fosse oculo-musculaire, enveloppant le nerf pneumo-gastrique, le glosso-pharyngien, le nerf de la 6.e paire du côté gauche, la 5.e et 3.e paires des deux côtés, l'artère basilaire et l'infundibulum. Protubérance annulaire plus applatie et plus petite qu'à l'ordinaire et comme atrophiée, mais saine quant à sa substance. Arachnoïde du cervelet un peu plus épaissie et d'une couleur laiteuse; rien de particulier dans le 4.e ventricule ni dans le reste de la masse encéphalique. Quelques productions hydatiformes au côté externe du corps restiforme droit, à l'endroit où il s'unit à la protubérance annulaire.

Poitrine. — Poumon droit renfermant dans sa partie supérieure une vomique pouvant contenir un œuf de poule; lobe supérieur de ce poumon attaqué d'hépatisation grise; une autre vomique plus petite à la partie inférieure de ce poumon; poumon gauche : extrémité supérieure du lobe supérieure hépatisé, le reste sain. Cœur un peu flétri.

Abdomen. — Foie sain, rate ramollie, traces d'une péritonite chronique prouvée par la couleur ardoisée des viscères, et leur adhérence mutuelle au moyen d'un tissu cellulaire accidentellement développé.

On a voulu considérer, dans ces derniers temps, l'apoplexie comme l'effet d'une hémorrhagie interne, à la suite du ramollissement d'une partie du cerveau. Les observations que je viens de rapporter prouvent le peu de fondement de cette opinion, parceque, dans la première, il n'y avait aucun désordre apparent dans l'encéphale, et que, dans la seconde, ce désordre se bornait à un épanchement de sérum dans les ventricules, et à une fausse membrane à la base du cerveau (1). Et si on se donne la peine d'analyser les cas d'apoplexie consignés dans les auteurs, et de comparer entre eux et avec les phénomènes vitaux, les résultats obtenus par l'ouverture des cadavres, on est conduit à considérer cette maladie, quant à son essence et à sa nature intime, comme une *lésion vitale* de la pulpe cérébrale, et à ne voir dans le désordre matériel que des causes prédisposantes ou même des effets de cette lésion. M. Lobstein, dans ses leçons

(1) Il est à regretter que l'auteur de ce travail intéressant n'ait pas indiqué l'idée symptomatique qu'il attache au mot *apoplexie*. La circonstance d'une mort subite ne nous paraît pas justifier le titre donné à ses deux observations : *l'asthénie de l'encéphale et du système nerveux* dont il y est fait mention, sans relater les signes de cette asthénie, la *lésion vitale* de la pulpe cérébrale, qui, suivant M. Lobstein, forme *l'essence* et la *nature intime* de l'apoplexie, ne sont que des opinions particulières, qui ne nous éclairent nullement sur les traits extérieurs auxquels peuvent être reconnus les cas d'apoplexie admis par le professeur de Strasbourg. *N. du Réd.*

d'anatomie pathologique, fait le résumé de 206 observations où l'autopsie n'a rien enseigné de constant ni de certain sur la cause prochaine de l'apoplexie. Tantôt il y avait telle lésion, tantôt telle autre; tantôt cette lésion paraissait être en quelque relation avec la maladie, tantôt elle lui était tout-à-fait étrangère; et ce qui prouve combien peu on doit se fier aux altérations organiques sous le rapport étiologique, c'est que le désordre le plus grave qui puisse frapper le cerveau, savoir les cavernes creusées au centre de la substance médullaire, ne sont, d'après M. Serres, dans aucun rapport de causalité avec l'apoplexie.

(*La suite au prochain Numéro.*)

De la gestation des jumeaux; par P. Guillemot, *D. M. P.*

En parcourant les archives de la science, on est surpris du nombre et de la singularité des faits relatifs à la conception et à la grossesse des jumeaux. Considérés isolément et tels qu'ils se présentent à la lecture, ils apparaissent comme les effets du hasard ou un jeu de la nature. Cette prévention se confirme encore, lorsqu'on reporte son attention sur nos ouvrages classiques, et qu'on cherche à interpréter le silence des auteurs sur ce sujet. Cependant, en présence de ces faits disséminés confusément dans des recueils scientifiques de tous les temps, et de nations différentes, des hommes ont eu le courage de les explorer, de les classer et de les étudier, dans les rapports que la nature a établis entr'eux. C'est par ce travail, qu'ils ont jeté des lumières sur certains faits, et qu'ils ont donné à d'autres une valeur qu'on n'avait pu découvrir lorsqu'ils étaient dispersés. Leur mission fut de n'envisager le sujet, que sous une seule face, et de n'appliquer leurs recherches qu'à des questions que des faits nouveaux avaient soulevées. Quelques erreurs se mêlèrent aux vérités et furent le résultat de

cette entreprise. Ils négligèrent trop d'embrasser, dans leurs recherches, toutes les observations qui s'attachent à ce genre de grossesse, et de former un ensemble où tous les faits détachés fussent réunis dans l'ordre que demande leur dépendance mutuelle. De cette revue générale, seraient sortis des faits qui auraient pris la place des explications qu'on a été obligé de créer. La science lui aurait dû sa certitude et sa réalité. Cette nouvelle entreprise, malheureusement, n'est pas moins difficile qu'elle est importante; mais s'il ne nous est pas donné d'atteindre le but, au moins est-il permis de rendre ses efforts utiles, en signalant les imperfections de la science.

La grossesse de jumeaux peut se diviser en quatre espèces différentes : dans la première, deux ovules sont fécondés, et l'embryon se développe, environné de toutes ses membranes. Dans la deuxième espèce, l'ovule contient deux germes, et chaque fœtus n'a qu'une enveloppe; le chorion devient alors membrane commune à l'un et à l'autre. Dans la troisième espèce, les embryons sont renfermés dans une cavité unique, qui ne paraît avoir jamais été divisée par un diaphragme membraneux. La quatrième se rencontre, lorsque l'ovule contient un second ovule; l'un et l'autre peuventêtre fécondés. C'est cette dernière grossesse qui a donné lieu *aux monstruosités par inclusion.*

1.° Dans la première espèce de la grossesse composée, les deux ovules, arrivés dans la cavité utérine, se développent, en conservant chacun leurs membranes propres. Les placentas se confondent le plus souvent entr'eux, pour ne plus former qu'une masse vasculaire. Dans l'accouchement, le même travail a fréquemment suffi pour l'expulsion des deux fœtus; mais ce fait n'est pas constant. Après la sortie du premier enfant, l'utérus peut revenir sur lui-même, s'appliquer sur le jumeau qu'il contient encore, et ne l'expulser qu'à une époque plus ou moins éloignée. Il est peu d'accoucheurs qui n'aient vu la sortie du second fœtus

retardée de dix-huit à vingt heures, et le travail recommencer pour l'opérer. Ce temps d'intermittence peut encore être d'une plus longue durée. Dans l'observation de Frédéric Dillenius, ce fut après deux jours que le second enfant vint au monde. On trouve un exemple semblable dans Gaspard Febrius : la femme d'un vigneron, rapporte cet auteur, accoucha d'un fils, le dimanche; la délivrance ne put être opérée; la sage-femme attacha le cordon ombilical à la cuisse de l'accouchée. Cet état de choses se maintint le lundi et le mardi; et durant ce temps la femme se sentant mieux, et espérant que le délivre se détacherait de lui-même, ne prit aucune précaution. Elle se leva, visita sa cuisine, sa cave, et se livra à ses occupations domestiques. Elle ne ressentit aucun accident de ces imprudences; mais le mardi soir, les douleurs de l'enfantement se renouvellèrent, elle accoucha d'un garçon. Les secondines furent expulsées sans douleur. (*Centurie* 9, 10, page 274.) Des faits analogues se sont reproduits à diverses époques, et leur authenticité vient encore d'être confirmée de nos jours par l'observation suivante : Une femme, âgée de 22 ans, devint enceinte dans le premier mois de son mariage. Le mercredi, à quatre heures du matin, le 11 janvier 1832, elle accoucha d'une fille pleine de vie. La présence d'un second enfant ne parut point douteuse; le volume de la matrice était peu diminué; et l'enfant remuait sensiblement. Un nœud de précaution fut fait à la portion placentaire du cordon ombilical. Les douleurs de la parturition cessèrent entièrement. L'auteur de cette observation, pensant que les deux fœtus pourraient avoir deux placentas adhérens ou un seul placenta bilobé, crut devoir attendre, après la sortie du second enfant, pour extraire les arrière-faix. Cette conduite était d'autant plus rationnelle que la femme était parfaitement calme et ne perdait pas de sang. Pendant toute la journée du mercredi, la malade fut moins souffrante qu'elle ne l'avait été avant

d'accoucher. Toute la journée du jeudi resta aussi bonne; seulement, il survint un peu de céphalalgie, des douleurs dans les mamelles et de la fièvre. Le vendredi, rien de nouveau, jusqu'à six heures du soir; mais à ce moment, un autre travail parturitif commence à s'établir assez lentement. Le col de l'utérus était déjà bien ouvert et une nouvelle poche d'eau se formait. Les douleurs avaient un caractère plus expulsif que celles du premier accouchement. Le cordon ombilical du premier enfant, ainsi que son placenta, étaient déjà atteints de fermentation putride; les mucosités glaireuses qui s'écoulaient présentaient aussi ce caractère. Vers les dix heures du soir; les contractions utérines arrivèrent à leur plus haut degré d'énergie, et à onze heures et demie, une petite fille bien plus forte que la première, fut reçue vivante. Une demi-heure après, on procéda à la délivrance. Une légère traction rompit le cordon du premier placenta; en tirant sur le second, il vint facilement; il était très-volumineux; il ne présentait aucune trace d'adhérence avec celui qui restait. La main portée dans la matrice détacha facilement le placenta du premier fœtus. Il était moitié moins pesant que l'autre placenta. La femme s'est rétablie. Les enfans étaient en bon état de santé, au moment où l'auteur écrivait cette observation. (*V.* pour plus de détails, le journal les *Transactions médicales*, avril, mai, juin 1832.)

Le retard que nous avons vu survenir pour l'expulsion du second enfant, dans l'accouchement des jumeaux, lorsque les placentas étaient adhérens ou bien contenus tous deux dans la matrice, pourra se présenter plus fréquemment, et l'intervalle de temps qui sépare la naissance des jumeaux devra se prolonger davantage, lorsque la délivrance du premier enfant aura été déjà faite. Dans ces derniers cas, la matrice ne sera plus provoquée à entrer en action par la présence et la décomposition du placenta du fœtus sorti. La durée du temps qui s'est écoulé entre l'expulsion de chaque enfant, n'autorise point à admettre pour cause

la superfétation (1); car, s'il est vrai que l'utérus, après avoir livré passage à un fœtus, peut se refermer sur le jumeau qui a été fécondé en même temps que lui, comme le prouve la réunion intime des placentas, à un temps si voisin du terme que la nature a fixé pour le travail de l'enfantement, il est évident que ce phénomène devra se reproduire, lorsque l'expulsion du premier fœtus sera faite, à une époque où la matrice n'est pas encore apte à l'accomplissement de la parturition. La cause de l'expulsion ne tient point au développement complet du premier enfant, ni à la maturité de la gestation, mais bien à la distension que les fœtus déterminent à la matrice. Mauriceau et d'autres accoucheurs ont observé *que les femmes qui sont grosses de deux enfans ne les portent pas si long-temps que si elles n'en avaient qu'un, à cause que la distension qu'ils font à la matrice et l'irritation qu'ils lui causent, par leurs mouvemens, excitent plutôt les douleurs de l'accouchement, que lorsqu'elles n'ont qu'un enfant.* Maintenant que, sous l'influence de ces causes, l'utérus entre en action, et expulse l'un des fœtus et son délivre, la cause de ce travail prématuré cessera; l'organe reviendra sur lui-même, s'appliquera sur l'ovoïde qu'il renferme, et continuera de le porter jusqu'au terme voulu de l'accouchement. En général, ces causes provocatrices existent depuis le troisième

(1) L'observation nous a appris que la matrice peut revenir sur elle-même après la sortie du fœtus, et que, dans quelques cas d'accouchemens ordinaires, le placenta conserve avec cet organe les mêmes rapports et subsiste dans cette cavité, après un temps plus ou moins long, pour en être plus tard expulsé; on n'a point attribué à cet état une cause extraordinaire, ni même supposé une nouvelle conception pour se rendre raison de cette différence de temps entre la sortie de l'enfant et la séparation du délivre. Cependant dès l'instant où le fœtus est arrivé à la lumière, le placenta est un corps étranger, dont le séjour dans la matrice doit provoquer les contractions pour la délivrance, au lieu que l'ovule, après la sortie du premier fœtus, continue de vivre, de communiquer avec l'organe utérin, et d'être comme identifié avec lui jusqu'au terme de la grossesse.

ou quatrième mois, jusqu'à l'expulsion du fœtus. Si elles ne déterminent pas l'avortement ou un travail prématuré, elles ont pour effet de produire souvent des douleurs au corps de la matrice et de petites pertes. L'enfant, ainsi né à sept mois, peut vivre comme celui qui n'arrive qu'au terme de la grossesse. Les archives de la science nous présentent des exemples de ces parturitions prématurées à toutes les époques de ce temps d'intervalle, du septième mois au neuvième. Les faits ont été reproduits dans les ouvrages de médecine légale et dans nos livres d'accouchement. Cette publicité me dispense d'en signaler de nouveaux.

Dans les grossesses doubles, les jumeaux ne parviennent pas toujours au développement que nous avons noté. Il peut arriver que l'un des fœtus cesse de vivre, et que l'autre continue de s'accroître jusqu'au terme de la gestation. Dans ces cas extrêmement rares, le fœtus se conserve quelquefois tel qu'il était au moment de la mort. Son cadavre se dessèche, se durcit, et n'est expulsé de la matrice qu'à l'époque de l'accouchement. Dans cet état, il peut survenir un autre accident; le fœtus mort est chassé au dehors par les efforts de la nature, tandis que l'autre continue de se développer jusqu'au temps de la parturition.

L'embryon peut cesser de vivre dès les premiers temps de sa formation; mais l'époque la plus ordinaire à laquelle se rattache la mort du fœtus, avec les conditions désignées, s'étend depuis le troisième mois jusqu'au sixième. Il continue, comme nous l'avons dit, d'être renfermé dans la matrice jusqu'au terme de sa gestation; il n'est le plus souvent expulsé que lors de la sortie du second fœtus, dont le développement est complet. Les placentas des fœtus peuvent être réunis, et les membranes adhérer entre elles; mais cette disposition n'est pas constante, et ces mêmes parties sont quelquefois séparées et restent sans connexion entre elles dans tout le cours de la grossesse. Dès le XVII.e siècle, Peu l'avait signalée, et avait proposé des préceptes

relatifs à la conduite à tenir dans des cas analogues. L'observation qu'il rapporte mérite d'être citée.

Je fus mandé, nous apprend-il, pour secourir Marguerite Quingi, enceinte de neuf mois, de deux enfans, savoir, mâle et femelle, qui se présentaient de posture toute contraire à la naturelle, et dont les eaux étaient écoulées quelque temps auparavant. Le mâle de ces deux enfans s'était avancé au devant de la tête de l'autre. Cette situation, jointe au besoin que la mère avait d'être promptement soulagée, fit que je le tirai le premier. Cet enfant ne pouvait avoir au plus que trois à quatre mois; il était mort, à demi-corrompu, de couleur jaunâtre, et couvert d'un limon nitreux et graveleux qui le rendait semblable à un corps qui aurait trempé quelque temps dans la saumure. Il était en partie desséché et tout-à-fait aplati par les côtés, comme s'il eût été enfermé sous une presse; savoir, les trois ventres et les extrémités tant supérieures qu'inférieures, de telle sorte que la face soit ainsi aplatie par les côtés; le front, le nez et les mâchoires supérieures et inférieures formaient un angle aigu par le milieu. Cette figure étrange, que la sage-femme ne reconnut pas, lui causa beaucoup d'étonnement et de crainte; car, ayant porté la main pour distinguer ce que ce pourrait être, elle avait, dit-elle, senti quelque chose de piquant qui lui avait raclé le bout du doigt; ce qui redoubla sa peur fut que, quand le second enfant, qui était vivant et dans une situation plus haute, venait à se remuer, il faisait aussitôt remuer le premier qui était au devant de lui. Si la dame D..., comme ancienne de sa profession, eût eu la hardiesse de porter la main plus avant qu'elle ne fit, comme en effet elle en avait eu la liberté, elle aurait remarqué l'un des bras du second enfant et son cordon plus avancé vers l'embouchure de la matrice, que non pas la tête, qui était à côté et plus reculée. J'en pris soin pour elle. Je tirai, comme je l'ai dit, le premier de ces deux enfans hors de la matrice, et le sé-

parai de son cordon, pour avoir plus de facilité à débarrasser l'autre enfant, qui était une fille, grande, forte et vigoureuse, à qui je donnai la liberté, sans qu'elle soit demeurée incommodée après qu'elle fut sortie ; je tirai son délivre, accompagné de ses membranes, parfaitement sain et entier; ensuite de quoi je procurai, en dernier lieu, la sortie du délivre du premier enfant, c'est-à-dire du mâle. Ce délivre était la masse ou la chair du gâteau, qui avait seulement quelques restes de ses membranes à demi-corrompues, attachées à sa circonférence; cette masse était ronde et fort plate, semblable à une calle, de la largeur du fond d'une assiette, de couleur jaunâtre pareille à celle du fœtus. »

Des observations semblables se rencontrent dans presque tous les recueils scientifiques. De nos jours, M. Defermon en a publié deux dans le *Bulletin des sciences médicales;* M. Cruveilhier en rapporte également un exemple dans son anatomie pathologique. Si tous ces faits confirment l'existence de l'accident dont il est ici question, ils n'ajoutent rien à ce que Peu nous a appris. L'observation qu'on lit dans le *Journal des Savans* (décembre 1683) présente seulement des différences relatives à la forme du fœtus et à l'époque de sa mort. Quoique recueillie par un savant étranger à l'art, l'auteur l'a entourée de circonstances qui la rendent authentique. Je laisse au lecteur le soin d'apprécier les diverses particularités qui ont frappé l'observateur lorsqu'il a rapporté le fait, et les explications qu'il en a données. Je regrette de ne pouvoir reproduire le dessin qu'on a joint à la relation. Le 9 du mois d'août dernier, dit Bruchet, une femme de la paroisse de Bourg-en-Bresse accoucha de deux jumeaux, au terme de neuf mois. Le premier était bien conformé; il ne vécut que quelques momens. Le second ne vint au monde qu'à l'aide d'un chirurgien, et il ne donna aucun signe de vie. Il est de moitié plus petit que son frère; il n'a que la taille d'un fœtus, ce qui a

fait croire à un médecin qu'il n'était point à terme, et qu'il avait été conçu postérieurement à l'autre. Mais ce qui donne lieu de croire le contraire, c'est qu'il a la tête garnie de cheveux et qu'il est né avec quatre dents; et s'il n'a pas la grandeur ordinaire, c'est sans doute parce que ce qui aurait dû servir à son accroissement a été employé à former une peau qui le couvre tout entier jusqu'aux extrémités des mains et des pieds, à la réserve du visage, dont les traits sont passablement formés. Cette membrane est mouvante; elle fait des plis comme une robe ou une chemise, et la chair se trouve dessous lisse et unie comme dans les autres corps. Cet enfant a sur la tête une espèce de capuchon de même nature que la membrane, et qui est abattu sur le dos; il ne paraît relevé, comme dans la figure, que quand on le relève avec la main. Il a le visage décrépit, et la peau encore plus ridée tout le long du corps qu'elle ne le paraît dans la figure. Le peintre l'a peint comme il était en venant au monde, et les dimensions sont bien observées.»

L'espèce de faits que nous rapportons ne s'offre pas seulement dans les grossesses doubles: on les rencontre encore dans les grossesses de trijumeaux. Si des observations n'en démontraient point l'existence dans cette nouvelle condition, l'esprit ne se refuserait point d'en admettre la possibilité : les exemples sont très-rares. Parmi les observations de cette nature, je choisirai celles qui se sont présentées avec des circonstances différentes. Portal rapporte, dans son *Traité pratique des accouchemens*, année 1685, qu'après l'extraction du premier enfant et la sortie du délivre, il sentit, en glissant les doigts dans la matrice, une main très petite, et rencontra un corps étranger de l'épaisseur de la pointe d'une langue de bœuf, adhérent à la partie postérieure de la matrice, vers son orifice interne, et que voulant reconnaître ce que ce pouvait être, il sentit un cordon ferme et attaché à ce corps, qu'il jugea être celui du placenta. Il alla cher-

cher avec la main les pieds du fœtus qu'il trouva séparés de leur épiderme. « Je les tirai doucement, nous apprend-il, comme qui tirerait un hareng par la queue, ayant la même figure, à l'égard de l'épaisseur. » Le corps du fœtus n'avait pas un travers de doigt d'épaisseur; la tête était toute applatie et écrasée. En reportant la main dans la matrice, il découvrit un autre fœtus, mais plus petit, aussi fort applati, de la grosseur *d'un hareng soré; aussi desséché, même plus que le premier, ayant la tête plate comme un louis d'un écu blanc.* Ce dernier pouvait avoir une longueur de sept à huit pouces; le second un pied. Le premier, qui est né vivant, était de la grandeur qu'un enfant à terme peut avoir. Les deux cordons ombilicaux se trouvaient attachés à un seul arrière-faix, aux extrémités, á l'opposite l'un de l'autre. Le délivre était tout raccorni et fort dur. »

Dans le fait raconté par Wan-der-Wiel, les choses se sont passées autrement; des trijumeaux, un seul était mort. Contre l'amnios d'un de ses fœtus, rapporte-t-il, s'était formé un petit corps de la même façon qu'une petite huître, et adhérente à une grosse; il tenait au placenta par une espèce de cordon, il renfermait un fœtus gros comme le doigt; c'était un garçon bien formé, ayant une main sur la poitrine; mais il avait la dureté d'une brique. » (*Observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie;* traduction de Plauque, année 1757).

Tels sont, je crois, les faits principaux où se trouve renfermé l'histoire de l'accident désigné : des grossesses multiples. Mais avant de passer à l'étude du second accident, relatif à l'expulsion de l'embryon pendant la gestation, je dois rapporter un autre ordre de faits qui s'y rattachent, et rappeler les opinions qui se sont élevées sur ce sujet, et auxquelles le nom des auteurs a donné de l'éclat.

Le jumeau qui a succombé durant la grossesse, peut continuer de séjourner dans la matrice, par suite d'adhérences

que son placenta a contractées avec cet organe, long-temps après l'expulsion de son frère, au terme de la gestation. De toutes les observations que nous possédons, celle de Guillemeau est la plus remarquable et la plus authentique. Elle a été recueillie sous les yeux d'Ambroise Paré, et mérite d'être reproduite ici.

« Marie Beaurin, qui est encore vivante, femme de Guillaume Duprat, vitrier, demeurant rue Saint-André-des-Arts, m'envoya quérir, il y a 26 ans, pour me montrer une tumeur grosse comme le poing, et plus, qui lui sortait de sa matrice, laquelle était semblable à une vessie dure et ferme comme un fort parchemin, pleine d'eau assez claire, dans laquelle l'on sentait au tact une dureté assez longuette: icelle tumeur ou vessie se remettait facilement en-dedans, lorsque la femme était située et couchée sur le dos, soulevant un peu les cuisses et fesses en haut et la pressant avec la main (en la façon que l'on remet ordinairement les grosses hargnes intestinales), ce qu'elle fit en ma présence; et l'ayant interrogé depuis quel temps cet accident lui était survenu, me répondit qu'il y avait plus de deux ans, ce qui était arrivé à son second accouchement, et néanmoins qu'elle avait eu depuis six mois une petite fille, laquelle elle nourrissait; mais que durant sa grossesse, cette vessie ne lui tombait aucunement comme elle faisait au précédent sa dite grossesse dernière. Je lui conseillai d'appeler MM. Paré, premier chirurgien du roi, Cointret, premier chirurgien de la reine Louise et du roi en son Châtelet, et autres chirurgiens du roi et de Paris, pour juger ce que ce pourrait être cette vessie; ils furent d'avis, après l'avoir maniée, la trouvant indolente, de la lier par en haut, après l'avoir tirée dehors, le plus qu'il était possible, puis la percer, ce que je fis, laissant le fil duquel j'avais fait la ligature longuette, pour le tirer quand il en serait besoin; l'ouverture faite, il en sortit quantité d'eau fort claire et nette, et soudain se présenta un petit fœtus de la grandeur d'un doigt, assez ferme et

dur, sans avoir mauvaise odeur, attaché par son nombril, qui était gros et ferme comme une petite corde. Six jours après, en ébranlant ledit fil, le reste sortit, après l'avoir tous les jours ébranlé de côté et d'autre, doucement, et ayant fait plusieurs injections émollientes dedans la matrice, afin de le séparer du lieu où il était attaché. » (*Heureux accouch.*, livr. II, pag. 225.)

La première pensée qui ressort de l'examen des faits principaux que nous venons d'exposer, lorsqu'on recherche la cause de la mort de l'un des jumeaux, c'est que le fœtus, dans son accroissement, presse et comprime peu-à-peu, contre les parois de la matrice, le second jumeau, qui, ne trouvant pas assez d'espace pour se développer, languit et bientôt cesse de vivre. Cet évènement s'explique encore, par la résistance que le fœtus éprouve de la part de la matrice, dont l'ampliation ne peut suffire au volume des jumeaux, qui s'accroissent en même temps. Le placenta et le cordon s'arrêtent à leur tour dans leur développement, n'ayant plus de fonctions à remplir; ils se flétrissent et se dessèchent. Cette opinion dut naturellement se présenter à l'esprit, lorsque le médecin observa la première fois la déformation que le fœtus subit, l'espèce d'écrasement de la tête, l'applatissement du corps et des membres, et la disposition générale du placenta. Cependant, elle paraît ne pas avoir été la première établie. Mauriceau et Peu jugèrent que la mort devait être attribuée à ce que l'un des fœtus, prenant toute la nourriture pour lui, devenait fort et vigoureux, fraudait l'autre, le rendait faible et languissant, et le faisait périr de bonne heure. Cette explication, confusément rattachée à ce genre de cas, ne répondit point aux idées que les altérations du fœtus dans sa forme avaient suggérées, et malgré l'autorité de ces deux hommes célèbres, on conserva la première opinion, en apparence plus conforme aux faits. De nos jours, M. Cruveilhier, dans son anatomie pathologique du corps humain, a présenté

sous un nouveau jour la cause de cet accident. C'est par le décollement sucessif du placenta, que ce professeur se rend compte de l'atrophie du fœtus. Si, dans l'observation qui a donné lieu à ce jugement, se résumaient tous les faits de l'accident, cette opinion se fortifierait encore de l'autorité du nom de son auteur; mais il n'en est pas ainsi : « Une femme âgée de 31 ans, mère de trois enfans, dont elle est heureusement accouchée, devenue grosse une quatrième fois, éprouva, après deux mois et demi de retard, une perte utérine, précédée d'un violent mal de tête et d'étourdissemens. Cette perte assez abondante continua pendant deux mois. Après ce temps, expulsion d'un caillot volumineux à la suite de violentes coliques. Dès ce moment, cessation de toute perte et de tout accident pendant sept semaines, après lesquelles violentes coliques, perte plus considérable que la première fois; les membranes se rompent; un fœtus se présente par les pieds. Cinq minutes après sa sortie, le placenta s'engage, et avec lui un second fœtus, incomparablement moins fort que le premier. La malade s'est promptement rétablie. »

La figure que M. Cruveilhier a jointe à cette relation représente la surface utérine du placenta et les deux fœtus. L'un de ces fœtus a le développement d'un fœtus de six mois, et en effet la femme était enceinte de six mois environ. L'autre fœtus a le développement d'un fœtus de deux mois et demi à trois mois. Il est dans un état de dessication, qui annonce une mort ancienne. Le placenta du fœtus mort est d'un tissu jaunâtre d'apparence tuberculeuse; il est très-compacte et atrophié; sa surface utérine est comme cicatrisée, et il est évident que, depuis long-temps, toute adhérence entr'elle et la face de l'utérus était détruite. De très-petits foyers de sang se voient çà et là.

Si la perte utérine ne survenait, dans la grossesse, qu'à la suite du décollement des cotylédons du placenta, l'apparition de cet accident, signalé dans cette observation, se-

rait une preuve évidente en faveur du sentiment de M. Cruveilhier. L'atrophie du placenta, réduit à sa charpente fibreuse et vasculaire, à la suite du décollement des cotylédons, nous rendrait compte du défaut de développement du fœtus. Mais il n'en est pas ainsi; une considération qu'on peut opposer, c'est que, dans le cas d'un décollement complet du placenta, une perte devrait nécessairement survenir, et que nous l'avons vu manquer, dans la plupart des observations. Le décollement successif des cotylédons, à des temps différens, ne peut pas encore être admis; car, s'il avait lieu, on trouverait, sur la surface utérine du délivre, des altérations variées, suivant les époques de chaque séparation, ce que les observateurs n'ont point remarqué. Les adhérences primitives du placenta à la matrice, que des accoucheurs ont détruites pour délivrer la femme, lorsque les placentas étaient isolés, comme dans les observations de Peu, de Portal, etc., sont en opposition avec l'explication donnée. Sur le placenta que M. Defermon m'a confié, à la surface d'un cotylédon on remarque trois ou quatre stries sanguines, dernières traces de l'adhérence primitive, que la délivrance a détruites, sans aucune différence avec les autres points dans sa décoloration et son induration. Maintenant, si on voulait rattacher l'observation de M. Cruveilhier à tous les faits de cette espèce, l'explication pourrait facilement être donnée. La mort du fœtus n'a pas dû suspendre tout-à-coup la circulation dans le placenta. L'abord trop considérable du sang dans cet organe a pu produire des fluxions sanguines dans les cotylédons, des foyers apoplectiques, et déterminer la perte, en même temps que les progrès de l'ampliation de la matrice favorisaient singulièrement le décollement du placenta.

Malgré les objections que j'ai présentées, il peut encore s'élever des doutes sur la valeur de cette opinion. Car il arrive, dans des questions aussi délicates, que la discussion où tout semble exposé et balancé, reporte les esprits au

même point d'incertitude d'où ils sont partis. Cependant, si entre ces différentes opinions illustrées par le nom des auteurs, un choix devait s'établir, le nom de Haller devrait consacrer la première. (1)

Pour expliquer les cas où le fœtus reste long-temps après la mort dans le sein de sa mère sans se corrompre et provoquer la sortie prématurée du second jumeau, il suffit de se rappeler le genre de sa mort, la compression que son cadavre subit. On ne sera pas étonné de ce desséchement sans pourriture, si on considère encore que les enveloppes dans lesquelles le fœtus est renfermé ne permettent aucune entrée à l'air : la matrice s'habitue à la présence de ce corps, qui ne lui est devenu étranger que par des changemens qui se sont faits lentement et par degrés. C'est pour ces raisons que le jumeau peut aussi se développer impunément à côté du cadavre de son frère.

Les développemens que nous avons déjà produits me permettent d'entrer sur le champ, et sans la crainte de ne pas être compris, dans l'exposition de quelques faits, et de les

---

(1) L'autopsie cadavérique n'a rien présenté de notable. Peu rapporte qu'après avoir ouvert la poitrine et l'abdomen du fœtus, il en trouva les parties, quoique altérées, bien distinctes. Richter a consigné ses recherches sur ce sujet, dans le passage suivant :

Quoad internam structuram viscerum, post obductionem observatam, hic sufficiat breviter monuisse.

Hepar sat magnum quidem fuisse, sed planè fere dissolutum ac quasi maceratum.

Proxime pone hepar ventriculus inveniebatur collapsus, vacuus, albicans.

Intestina pallidi viridescentis coloris.

Splen sat notabilis magnitudinis.

Cor, pericardio inclusum, sat notabilis magnitudinis.

Pulmones arcte costis oppressi. Capitis cavum denique accuratius perlustrare nolui, ne destrueretur compages totius preparati, imprimis cum caput integrum jam per se esset præter naturaliter complanatum ac compressum.

(*Synopsis praxes medico-obstetriciæ*, Page 45.)

rapporter comme des exemples de grossesses doubles, traversées par l'expulsion prématurée du fœtus mort, et arrivées au terme de la parturition du second jumeau qui a toujours continué de vivre. Par cette exposition, je rendrai complète l'histoire de la grossesse multiple, où les fœtus se sont développés séparément et entourés de leurs membranes propres.

Le 12 novembre 1771, rapporte Pinart, je fus appelé pour voir la nommée Marie Madeleine Papillon, femme de François Bardot, vigneron au hameau de Voisin, paroisse de Quincy, âgée de 36 ans, d'un tempérament sanguin, assez robuste. Je la trouvai au lit, attaquée d'une perte considérable. Elle m'avertit qu'elle était enceinte de cinq mois et demi. Je la saignai deux fois; je lui prescrivis des bouillons et une tisane balsamique et astringente, appropriée à son accident; je lui fis garder le lit avec toutes les précautions convenables. Cette perte fut heureusement terminée.

Le 18 décembre suivant, elle fut affligée d'une pleurésie. Je fus obligé de la saigner jusqu'à huit fois en quatre jours. Elle guérit sans accident.

Le 18 février, elle sentit des douleurs pour accoucher. Je l'accouchai d'un enfant mort, qui probablement mourut dans le temps de la perte. Tout se passa très-naturellement; l'enfant était corrompu, et comme le cordon était conséquemment pourri, je fus obligé d'introduire ma main dans l'utérus, afin d'en extraire ce délivre très-exactement: ce qui fut fait. Mais une chose qui me parut extraordinaire, ce fut de sentir un autre enfant très-chaud, et qui me parut bien se porter, ainsi qu'un amnios bien solide et bien conditionné. Enfin, je délivrai cette femme le mieux qu'il m'a été possible, à plusieurs reprises.

Le 1.er mars, treize jours après cette dernière opération, j'accouchai cette femme d'un gros garçon qui a vécu

sept mois, et la mère se porte bien aujourd'hui (*Journal de médecine*, décembre 1773).

L'observation qui me reste à rapporter est remarquable par le développement du placenta comparé à celui du fœtus. Il est à regretter que l'observateur n'ait pas noté toutes les particularités que ce fait a présentées.

Une femme eut, dans le septième mois de sa grossesse, des douleurs et une perte considérable. M. Chapman fut appelé, et à son arrivée, on lui présenta une masse que la malade venait de rendre par le vagin. Cette masse était composée d'un placenta sain, ayant le volume que ce corps présente du cinquième au sixième mois de la gestation; des membranes entières, mais flasques et d'un jaune sale, et enfin d'un petit fœtus du volume de ceux de trois à quatre mois. La femme, après cette expulsion, ne ressentit plus de douleurs ni d'hémorrhagie, et elle accoucha, deux mois après, d'une fille bien portante (*Médico-chirurgical transactions*, vol. IX, p. 1.re, pag. 194).

Ici doit se terminer la série des observations de cette première espèce de grossesse double. J'ai négligé de rapporter un plus grand nombre de faits; car tous ceux que j'ai omis peuvent se confondre avec ceux que j'ai exposés.

A la suite de cette revue d'observations, devrait être présenté le résumé des diverses altérations que l'œuf humain et l'embryon peuvent subir dans ces mêmes grossesses; mais ce travail trouvera sa place ailleurs.

2.° Levret et Stein admettent la deuxième espèce de la grossesse composée, lorsque les placentas des jumeaux paraissent comme réunis en un seul. Dans ces cas, le chorion est commun aux deux enfans, presque comme si les deux œufs, placés l'un à côté de l'autre, se fussent enveloppés dans le seul chorion; mais chaque jumeau a son amnios particulier. Ces membranes s'adossent mutuellement de deux côtés, et divisent tout l'œuf membraneux en deux cel-

lules, dans chacune desquelles se trouve le jumeau avec ses propres eaux. Cette disposition des membranes ne fut point admise par Baudelocque. Cet accoucheur a toujours reconnu, pour chaque jumeau, un chorion et un amnios, quoique les placentas ne paraissent faire qu'une masse. Cette opinion, adoptée par les écrivains de ce temps, règne encore de nos jours. Cependant des faits bien constatés ne permettent point de révoquer en doute cette espèce de grossesse. L'opinion de Baudelocque doit seulement nous démontrer que les cas où cette grossesse a lieu sont plus rares que Levret ne l'avait cru. De toutes les observations que nous avons sur ce sujet, je ne citerai que le fait suivant : il s'est passé de nos jours, et sous les yeux d'hommes habiles.

Laurence Perat, âgée de 35 ans, nubile à l'âge de 9 ans, mère d'une petite fille, accoucha à l'Hôtel-Dieu. Après l'expulsion du premier fœtus et la section du cordon ombilical, MM. Dance et Mancel, alors internes, observèrent que le cordon placentaire était le siége de battemens, et que le sang s'échappait par saccades. Ils firent une compression sur cette extrémité avec les doigts. Une demi-minute après, ils cessèrent de comprimer, et le jet de sang reparut avec force. La compression fut de nouveau établie. Il leur parut constant, après plusieurs épreuves, que les saccades répondaient parfaitement au pouls de la mère, et étaient isochrones aux battemens de son cœur. Une fois lié, ce bout du cordon fut, pendant quelque temps, encore agité par des battemens. L'expulsion du second enfant fut courte, et se fit sans écoulement préalable de nouvelles eaux. Son cordon ne fut point agité par des battemens comme celui du premier, et aussitôt coupé, le bout placental ne fournit qu'un très-faible écoulement de sang : la délivrance ne tarda pas à s'opérer. « Nous trouvâmes, rapporte M. Mancel, un seul placenta très-volumineux, auquel s'inséraient deux cordons ombilicaux, à la distance de deux

ou trois pouces l'un de l'autre. Il n'y avait qu'une membrane chorion commune aux deux fœtus, et deux amnios très-distinctement adossés l'une à l'autre, de manière à former deux poches séparées pour chaque fœtus. Il nous fut facile de séparer en plusieurs points le chorion commun de l'amnios, ainsi que les deux amnios l'un de l'autre, à l'endroit de leur adossement. »

Ces cordons ombilicaux étaient très-gros et infiltrés d'une grande quantité de substance gélatiniforme, blanchâtre, chacun d'eux avait deux artères et deux veines. » (Thèse, *Observations sur les grossesses doubles,* par Mancel, Paris, 1823, n.° 128.)

Dans cette grossesse, comme dans la grossesse de la première espèce, un des fœtus peut mourir sans devenir un obstacle au développement du second. La cloison formée par l'adossement des amnios offre assez de résistance pour maintenir leur séparation. Le raisonnement nous fait entrevoir que l'expulsion de l'un doit entraîner la sortie de l'autre. Les rapports des parties sont trop intimes pour que les choses se passent autrement. En général, le fœtus qui a succombé est expulsé avec le délivre. Le fait suivant, qui se trouve dans l'ouvrage de Richter, en est une preuve.

Le 29 mars 1802, dit cet auteur, il se présenta vers six heures du soir, à l'hôpital d'accouchement de Moscou, confié à mes soins, une femme qui était déjà à la seconde période du travail de l'enfantement. Les membranes se rompirent peu de temps après son entrée, et les douleurs furent si actives, qu'elle accoucha avec promptitude et facilement d'un enfant bien constitué, plein de vie et de santé. La délivrance s'opéra au bout d'un quart d'heure par les seuls efforts de la nature. Cependant, à la sortie du délivre, la main, en le saisissant, reconnut quelque chose de dur et d'étrange; il fut examiné avec soin, et les membranes furent déployées. On découvrit alors un second fœtus; il était

mort, et avait le volume d'un fœtus de quatre mois; son cadavre était aplati. A la surface du corps, j'ai découvert à peine quelques traces de putréfaction, quoiqu'il me parut bien démontré que depuis long-temps la mère le portait mort dans son sein.

L'auteur, après avoir examiné les placentas réunis, s'exprime ainsi : « *Interna superficies placentæ, uti in gemellis sæpiuscule observari solet, tecta fuit duplici membrana, quarum una chorion utrique infanti communis erat, et utramque placentam ambiebat, nec non ipsius embrionis mortui dextro lateri arete satis adnexa quasi esse videbatur. Membrana amnios autem duplex observabatur. Una scilicet ovum majoris infantis vivi constituebat, atque solitæ debitæ fuit magnitudinis. Altera vero fœtus mortui particularem saccum referebat, longe minorem. Probabile adeoque videtur, minorem hunc ovi saccum incrementa capere non potuisse, ob fœtum, illius prematare extinetum.* »

Cette disposition des membranes s'est encore rencontrée dans une grossesse de trijumeaux. Une femme, rapporte Brendelius, accoucha, après trois jours de travail, de deux filles; elle mourut avant l'extraction du troisième enfant, qui était du sexe masculin. A l'ouverture du cadavre, on trouva le fœtus mort, et situé obliquement. Le délivre avait un grand volume. Un chorion avait été commun aux trijumeaux; mais chaque fœtus avait été enveloppé dans un amnios bien distinct. (*Centurie* 4, pag. 376, obs. 165.)

Quelles sont les communications vasculaires qui peuvent s'établir entre les deux placentas réunis dans les grossesses dont nous venons de tracer l'histoire? Telle est la question qu'on a agitée lorsqu'une hémorrhagie est survenue par la portion placentaire du cordon coupé, après la sortie du premier fœtus. Dans les conditions ordinaires, les placentas sont indépendans entre eux. Chacun a sa circulation, et la section du cordon du fœtus expulsé n'entraîne point de

perte de sang. Mais cet état n'est pas constant, et dans quelques cas rares, le sang s'échappe par saccades du cordon placentaire, après que la section a été pratiquée. La question, ainsi circonscrite, a été résolue différemment. M. Lallement admet une libre communication des vaisseaux des placentas entre eux. Cette opinion se trouve confirmée par les expériences de Smellie, de Chaussier, et de MM. Breschet et Lebreton; car les liquides injectés dans l'un des cordons avaient pénétré facilement les deux masses de placentas. L'observation qu'il rapporte prouve qu'il existait non seulement pendant la vie des deux fœtus une communication de l'un à l'autre, mais encore qu'elle avait lieu par de gros vaisseaux, puisque le sang sortait du cordon ombilical coupé, comme s'il n'eût été qu'une continuation de l'autre. Ce sentiment de M. Lallement devint une opinion démontrée jusqu'à l'évidence, lorsque M. Desormeaux présenta à l'examen de la société de la Faculté de médecine un placenta double dans lequel les artères ombilicales des deux fœtus communiquaient entre elles à plein canal sur la surface des placentas (*Bulletin de la Faculté et de sa Société*, année 1817.)

Il semble que cette opinion n'aurait dû permettre aucun doute sur la cause de l'hémorrhagie dans de semblables circonstances, et qu'admise dans nos ouvrages classiques d'accouchemens, elle aurait pris rang au milieu des vérités nouvelles. Mais cette destinée ne lui était pas réservée; on a refusé pour ainsi dire de l'adopter dans sa véritable patrie. A sa place ont été reçues des idées qui, à l'examen, ne peuvent tenir à côté d'elle. Suivant les auteurs qui les ont embrassées, la perte dépend des communications vasculaires établies entre l'utérus et le placenta de l'enfant sorti. L'observation de M. Danyau dépose contre cette assertion. Le second enfant, dont la vie avait été bien constatée, mourut *exsangue* dans la matrice, à la suite de l'hémorrhagie survenue par le cordon placentaire

du fœtus sorti, sans que la santé de la mère fût compromise. Les remarques pleines de justesse que M. Lallement a produites sur les circonstances de l'accident, prouvent encore combien cette opinion est en opposition avec les faits. Enfin, si l'observation rapportée par M. Desormeaux ne paraissait pas assez complète, je pense que la relation du fait suivant doit jeter assez de lumières pour décider la question. Cette observation fut aussi recueillie sous les yeux d'une compagnie savante et au sein d'une faculté.

Marie-Anne Dietrich, âgée de 30 ans, d'une constitution vigoureuse, enceinte pour la seconde fois, entra à la clinique d'accouchemens de l'école de médecine de Strasbourg, le 1.er messidor de l'an 9; elle touchait au terme de sa grossesse, dont les premiers mois avaient été accompagnés de vomissemens fréquens; mais cet état, ainsi que celui dans lequel elle s'était trouvée dans la suite, en ne se nourrissant que de fruits, par dégoût pour toute espèce d'alimens, n'avait pas sensiblement altéré sa santé.

Le 12 messidor, vers cinq heures du soir, elle entra en travail d'accouchement. Pendant toute sa grossesse, on n'avait pu toucher par le vagin à aucune partie du fœtus. Maintenant on découvre au premier toucher un corps aplati, d'un tranchant obtus sur son contour, et qui, du vagin qu'il remplissait, se prolongeait dans la matrice par son orifice suffisamment dilaté. On n'hésita point à extraire ce corps étranger qu'on n'avait pu reconnaître, et sans peine on y réussit en saisissant entre les doigts la partie la plus large.

C'était un fœtus femelle de trois à quatre mois, aplati, ayant le bras droit appliqué contre la poitrine et la tête, dont les pariétaux, pressés l'un contre l'autre, formaient le bord tranchant qu'on avait touché. Le bras gauche était serré contre le tronc et sur le bas-ventre. Le cordon ombilical presque entier passait, par devant la poitrine, sur le

côté gauche du col et de la tête. Toutes ces parties étaient agglutinées les unes aux autres, ainsi qu'une portion des membranes de l'œuf qui s'était fixée à la partie inférieure du tronc.

Une remarque importante à faire, c'est que cet avorton avait été expulsé sans aucune perte ni d'eau ni de sang, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement.

Jusqu'ici les contractions de la matrice, qui n'avaient été que très-faibles, cessèrent entièrement, et l'orifice de la matrice se resserra. Mais une heure après la sortie du premier fœtus, les contractions devinrent très-fréquentes et très-fortes. Les eaux s'écoulèrent en petite quantité, et le travail continuant toujours avec vigueur, le second fœtus, qui était à terme et très-fort, fut expulsé de la matrice avec une telle violence, que s'il n'eût pas été retenu, il aurait été lancé à quelques pas de la mère. La délivrance s'opéra spontanément et dans l'ordre le plus naturel, une demi-heure après la sortie de l'enfant.

On observa tout de suite, en examinant le placenta, qu'il existait une distribution particulière de ses gros vaisseaux.

Les deux placentas en raquette étaient réunis et ne laissaient appercevoir d'autre trace de leur division que quelques petits lambeaux de membranes sur cette portion de placenta que l'on pouvait avec droit juger appartenant à l'avorton.

La disposition des vaisseaux était telle, que la veine ombilicale de chaque cordon donnait, près de son insertion dans le placenta, une branche, qui toutes deux s'anastomosaient entr'elles; les troncs principaux s'anastomosaient dans le placenta. Le contraire avait lieu, dans la distribution des artères. Une artère ombilicale d'un cordon s'anastomosait avec une de l'autre, et de cette anastomose sur le placenta même, partaient ensuite plu-

sieurs branches qui se distribuaient dans cet organe. (Mémoires de la Société médicale d'émulation) (1).

Tel est l'ensemble des faits qui appartiennent aux grossesses doubles que j'ai cru devoir séparer. J'ai omis à dessein tous les préceptes de conduite qui en découlent, pour m'arrêter sur des cas qui ont été toujours une cause de surprise et d'inquiétude pour le médecin, lorsqu'il en a été témoin. Quoique j'aie discuté longuement les questions qui se sont élevées, je ne les ai pas toutes reproduites. En pareille matière, elles ne s'épuisent pas, soit à cause de la variété des phénomènes, soit à cause de celle des idées que l'esprit peut se former sur le même sujet.

(*La suite à un Numéro prochain.*)

---

(1) Il est peu de faits qui réunissent autant de circonstances particulières sur la grossesse double, que celui dont nous venons de donner les détails. D'une part, il ne permet point de nier l'existence des communications vasculaires qui peuvent s'établir entre les deux placentas, ainsi que M. Lallement les avait entrevues. De l'autre, il fortifie les objections que nous avons faites sur l'opinion de M. Cruveilhier. Enfin, l'anastomose des artères et des veines entr'elles nous explique pourquoi le placenta de l'enfant mort ne s'est pas atrophié, et pourquoi le développement du placenta a continué d'avoir lieu, alors que le fœtus qui lui appartenait avait cessé de vivre. Je sais que ces communications vasculaires n'ont pu être constatées dans tous les cas où l'hémorrhagie est survenue par le cordon placentaire, après la sortie du fœtus. Mais je me rends raison de cet insuccès de recherches, par les difficultés souvent insurmontables qu'on éprouve dans l'examen anatomique du placenta, surtout lorsque les anastomoses ont lieu dans le tissu de cet organe. Malgré mon habitude presque journalière de disséquer tous les placentas que j'ai entre les mains, je désespérais de mon entreprise, si les communications des vaisseaux se trouvaient ailleurs que sur la surface de cet organe. Le fait rapporté par Van-der-Wiel cesse d'être extraordinaire, lorsqu'on le rapproche de cette observation. Le troisième cordon transversal réunissant les deux autres près de leur insertion au placenta, ne semble être que le résultat des anastomoses des artères et des veines ombilicales de ces deux cordons.

Examen critique des méthodes exclusives appliquées à la thérapeutique des maladies vénériennes; par M. J. Pigeaux, docteur en médecine.

Placé successivement dans les deux vastes champs d'observation que possède la capitale relativement aux affections syphilitiques, je fus d'abord frappé de voir la différence essentielle qui spécifie, si je puis ainsi dire, la thérapeutique des Capucins (hospice du Midi), et celle de l'hôpital Saint-Louis. Cependant, après quelque temps d'observation, il me fut aisé d'en saisir la cause principale, et de la placer dans la différence des affections traitées dans l'un et l'autre hôpital. Une autre source, non moins certaine, de la spécialité exclusive de la méthode du second de ces établissemens, me paraît résider dans un antagonisme funeste aux progrès de la science, et dans la malheureuse tendance que nous avons tous à généraliser les particularités de nos observations, sans approfondir l'identité des maladies auxquelles nous les appliquons. C'est ainsi qu'à l'hôpital Saint-Louis, spécialement consacré au traitement des affections syphilitiques constitutionnelles, on préconise les préparations mercurielles jusqu'à calomnier la pratique des Vénériens, où les traitemens sont plus doux, et s'approprient aux maladies vénériennes récentes qu'on y reçoit. Je n'ignore pas que les professeurs de clinique de l'un et l'autre hôpital oublient souvent dans leur pratique particulière les leçons qu'ils ont faites le matin, et que le tact du praticien modifie les assertions du professeur; mais pour le public médical, qui se porte avec empressement aux utiles conférences de Saint-Louis et des Capucins, en est-il toujours ainsi, lorsqu'après deux ou trois mois, quelquefois moins encore, d'observation, il va dans sa pratique particulière mettre à l'œuvre les géné-

ralités théoriques qui lui ont été suggérées ? Non, malheureusement non, le texte et la lettre sont encore pour l'immense majorité des médecins, la seule expérience consultée, la seule déclarée infaillible.

Les observations cependant ne manquent pas, pour en déduire une théorie rationnelle; des milliers de faits sont annuellement recueillis ; il suffirait d'un peu de bonne foi et de désintéressement pour ne pas leur faire dire plus qu'ils n'expriment, et pour ne pas en extorquer une sentence de proscription pour tous les traitemens qui n'abondent pas dans la doctrine que l'on a cru devoir adopter. S'il n'existe pas de médicamens en médecine, ce que peu de médecins contestent aujourd'hui, et s'il convient de leur substituer des médications, il ne faut pas tomber dans une erreur coupable en ne les voulant qu'exclusives.

Appliquée à la thérapeutique des maladies vénériennes, cette question, bien approfondie, se réduit à l'examen attentif et consciencieux des propositions suivantes :

1.° Toutes les maladies réputées syphilitiques sont-elles reconnaissables à des caractères qui les différencient toujours de toute autre affection ?

2.° Dans les cas où cette certitude peut être acquise, les préparations mercurielles sont-elles indispensables à leur guérison ; employées méthodiquement, préservent-elles toujours l'économie d'une affection générale ; n'a-t-on pas faussement argué de la spécificité du médicament pour lui attribuer tous les cas de guérison permanente ?

3.° Par contre, dans les cas d'affections syphilitiques récentes ou constitutionnelles, lorsque l'on n'a pas employé de traitement mercuriel, doit-on attribuer les récidives à l'omission de ce mode de médication ?

4.° Quels sont les fondemens des partisans de l'une et l'autre méthode exclusives ?

6.° Parallèle de deux autres médications, sous le rapport théorique et pratique.

Pour approfondir et éclaircir ces importantes questions, la méthode ecclectique ou d'observation me servira de guide, et le désir d'être utile m'excusera de m'être placé, avec si peu de titres, entre deux camps où j'ai successivement puisé de si utiles leçons, et dont j'apprécie autant que qui que ce soit la valeur scientifique.

A mon sens, la question relative à l'opportunité ou à la contre-indication de l'emploi des préparations mercurielles dans telle ou telle affection vénérienne, se simplifierait beaucoup, si de bonne foi on voulait peser les données qui doivent servir de texte à la controverse.

L'examen de la première proposition que j'ai posée ayant pour but d'assurer le terrain sur lequel s'appuient les doctrines médicales qui se rapportent à ce sujet, c'est par elle que j'entrerai en matière. Pour plus de lucidité, je diviserai ma question en deux parties, où l'on traitera successivement des affections syphilitiques primitives et locales, puis de celles qui sont devenues constitutionnelles ou générales.

On ne met plus aujourd'hui en doute la non virulence de certaines blennorrhagies; deux personnes saines cohabitant ensemble contractent journellement, collectivement ou isolément, dans des circonstances encore mal déterminées, des écoulemens contagieux ou non, qu'il n'est pas permis de différencier par les caractères physiques, au moins, des écoulemens blennorrhagiques les plus essentiellement virulens. Ces mêmes blennorrhagies peuvent avoir toutes les conséquences les plus graves des maladies syphilitiques les moins douteuses.

Bien que le fait soit contesté, j'en dirai autant pour les chancres qui, à n'en pas douter, succèdent tantôt aux blennorrhagies non syphilitiques, et quelquefois même sont primitifs.

Que si l'on doutait de cette assertion, je renverrais à l'examen des nombreuses variétés de *l'herpes* du *prépuce*

et du gland ; on verrait que ces affections, bien distinctes des chancres quand leurs caractères respectifs sont bien tranchés, se confondent dans maintes circonstances, et ne diffèrent plus entr'eux que par la cause déterminante qu'on suppose, même fort souvent, à défaut de preuves positives.

Comme conséquences des faits précédens, nous admettrons la non virulence de certains bubons, lorsqu'ils coïncident surtout avec une excitation anormale des parties génitales. L'orchite sera sur la même ligne. Ces principes une fois admis, si l'on tenait à être conséquent avec soi-même, on verrait qu'il n'est aucun genre d'affection générale réputée syphilitique dont on ne puisse au moins contester la source primitive. Mais il existe encore une foule d'observations qui prouvent que les affections vénériennes les plus franches se confondent quelquefois avec d'autres affections complètement étrangères au virus syphilitique, telles que certaines ulcérations scrofuleuses chez de jeunes vierges et de jeunes garçons non encore contaminés; ni la coloration, ni la forme, ni la durée ne suffisent pour spécifier les affections vénériennes, et le doute en pareille matière est souvent recommandé à la sagesse du praticien. Que si l'on pouvait arguer de la guérison durable de certaines de ces affections, par un traitement complètement exempt de préparations mercurielles, pour en conclure à la non virulence de ces maladies, on serait encore bien plus autorisé à soutenir cette assertion.

Passons à la seconde question, et cherchons la solution du problême avec la même impartialité et le même désir de connaître et de faire connaître la vérité.

En admettant, ce que j'ai démontré par le précédent paragraphe être éminemment contestable; en admettant, dis-je, que toujours et en toute circonstance on peut établir le diagnostic positif des affections syphilitiques, examinons les fondemens des méthodes exclusives, et jugeons,

par les résultats, de l'exactitude des principes de leurs partisans.

Dans le doute abstiens-toi, dit un précepte fort sage, lorsqu'on ne fait pas abus des mots; les partisans exclusifs des mercuriaux qui, comme la plupart des médecins, se piquent plus de savoir que de logique, en ont décidé autrement : agir en pareil cas, quelles qu'en soient les conséquences, est presque un précepte de rigueur chez eux. Mais pourquoi, comment et quand, voici des points sur lesquels leur dissidence porte plutôt à rejetter qu'à admettre leurs principes.

Pourquoi, quand vous avez vu des symptômes primitifs des maladies vénériennes, devez-vous prescrire des préparations mercurielles? 1.° Parce qu'il est bien démontré que le mercure est un antisyphilitique par excellence, comme le prouvent de nombreuses et d'incontestables guérisons d'affections syphilitiques générales; *à fortiori*, devra-t-il être utile dans la médication des symptômes primitifs, et devra non-seulement guérir, mais préserver des accidens consécutifs du virus vénérien? D'abord, ainsi que je le ferai voir dans le courant de ce mémoire, il est constant que les traitemens mercuriels les plus méthodiques ne préservent pas constamment des rechutes, bien que les malades qui les ont subis aient été aussi radicalement guéris que l'état actuel de nos connaissances peuvent nous permettre d'en juger. Quant à la spécificité du mercure dans le traitement des affections vénériennes générales, comme il n'est pas applicable à ce seul genre de maladie, on peut en inférer que sa spécificité est au moins contestable, et qu'il est plus rationnel d'admettre qu'il ne guérit qu'en imprimant à l'économie une modification profonde qui agit sur tels ou tels organes ou tels systèmes, mais non exclusivement sur la partie spécifique de l'affection. — En ce qui n'a pas trait à la spécificité, j'ajouterai que l'efficacité du mercure contre les affections syphilitiques générales

anciennes ou constitutionnelles, ne préjuge pas plus de l'opportunité de son application aux maladies locales et récentes, que le traitement des rhumatismes chroniques par le même métal n'en infert de son opportunité dans la même médication appliquée au rhumatisme aigu.

Si l'on argue du succès pour justifier l'emploi des mercuriaux dans tous les cas douteux ou suspects, je demanderai ce que l'on fera des insuccès et de l'ensemble bien avéré de guérisons radicales par tout autre moyen? A l'occasion du nombre des guérisons, assure-t-on, plus grande par la médication spécifique, je ferai remarquer qu'on sait ce que vaut la méthode numérique appliquée à la thérapeutique; que d'ailleurs une méthode étant plus récente que l'autre, l'infériorité ou la prédominance de l'une des deux méthodes seront seules constatées par le temps; que des faits, je ne dirai pas mieux observés, mais mieux rédigés et présentés en masse, tendent à prouver que les symptômes primitifs durent moins sous l'influence d'une médication qui fait abstraction de la spécificité, que par l'action de celle qui en tient compte et la place au premier rang.

Concession pour concession, j'avoue, dira-t-on, qu'on guérit également des symptômes primitifs de la maladie vénérienne, avec ou sans mercure; mais, ajoute-t-on, la seconde méthode vous laisse exposé sans défense au développement des symptômes consécutifs. La première préserve-t-elle toujours? ou même compte-t-elle moins de rechutes que l'autre? Nous n'avons *aucunes données positives* à ce sujet. Dès-lors on ne peut en faire une arme, qu'une simple dénégation rend inutile..

Vient ensuite la question du mode (*quomodo*), et d'opportunité (*quando*), de l'administration du traitement spécifique. Vous avez à combattre des symptômes primitifs, employerez-vous des pilules, de la liqueur, des frictions, etc., etc.? Oh, vous pouvez choisir, c'est au goût et sur-

tout à la commodité du consommateur, quand ce n'est pas à l'avantage du débitant ou du bailleur de conseils ! Quand commencerez-vous? Il y a moins de dix ans la question eût été bien plus vite et plus péremptoirement résolue.

Aujourd'hui on laisse l'époque à votre choix. Dès le début, s'il vous plaît, même dans l'instance des symptômes inflammatoires les plus intenses; des conséquences on n'en parle pas ; c'est bagatelles ou niaiseries tout au plus bonnes pour les néophytes de l'école physiologique. Plus tôt vous commencerez, plus tôt vous aurez fini. Mais docteur, combien prendrai-je de pilules, combien de bouteilles de Van-Swiéten, de combien d'onces d'onguent mercuriel me frictionner ? Prenez, prenez toujours; oignez-vous, frictionnez-vous jusqu'à nouvel ordre ; nous jugerons par les résultats : et la maladie de guérir ou d'empirer avec la médication, ou par son action directe, *et quando præter equidem medicum et medicamenta*, je n'ose pas le dire en français. Votre ordonnance touche à sa fin, docteur, dois-je cesser? Hésitation ou assurance tout aussi philosophiques : l'affirmative est réservée pour les modérés; *non* découle d'une bouche mieux endoctrinée. Mais enfin, quand cesserai-je? Quand vous aurez pris 200 pilules, quand vous aurez absorbé par la peau six onces d'onguent gris. Mais pourquoi plutôt 200 que 250, 300, ou 150! parce que, sous le règne du système duodécimal, vous en eussiez pris 144 ou 120, et après tout parce que *vous en aurez pris assez.* Raison péremptoire et irréfragable, après laquelle le plus hardi questionneur qui connaît son monde, ne saurait insister. La première des deux raisons, ou le *parce que*, à mon avis, eut parfaitement suffi. Même réponse cathégorique pour les frictions et la liqueur.

En passant, je dirai, que tel praticien des plus famés, qui affirme que son malade a pris *assez* de mercure quand

il a employé telle dose entièrement arbitraire, ou dont la somme se tire de conséquences qu'il serait presque ridicule de développer ici, trouvant un jour un malade (*historique*) qui porteur d'une affection, de son aveu, franchement syphilitique et constitutionnelle, lui affirmait avoir fait un traitement mercuriel, sans lui dire que c'était sous ses propres auspices, le déclara *insuffisant*, pour la plus grande considération de la médecine.

Si la longanimité du malade et ses forces le lui permettent, il ne trouve pas d'inconvénient à en faire refaire un second, qui pourra bien être suivi d'un troisième, s'il a le même sort que le premier.

Le seul motif qui détermine ce praticien, qui a de si nombreux imitateurs, dans le choix d'un nouveau traitement, est qu'il n'a pas encore été employé. On connaît tel malade qui a usé la moitié de sa vie balotté de traitemens en traitemens pour se guérir d'une maladie prétendue vénérienne, qu'un médecin plus habile lui a déclaré être de toute autre nature, et dont il a été délivré en quelques semaines par une médication appropriée. *Infandum!*

Le nombre des faits, en matière de thérapeutique, a bien moins d'importance que leur qualité, si je puis ainsi dire; à égalité d'authenticité dans des faits contradictoires, la quantité reprend sa valeur : les méthodes exclusives, la mercurielle entre autres, en est là; aussi les partisans de celle-ci se gardent-ils de compter quand on les serre de près; sans cesse vous échappent-ils par des raisons d'autorité personnelle, où l'amour-propre est toujours intéressé, et qu'un galant homme ne saurait poursuivre que de la plume. Dans le dessein d'éclairer la question de la spécificité du traitement mercuriel, et surtout pour m'assurer de la propriété qu'on lui accorde de préserver dans la plupart des cas des accidens consécutifs, j'ai consulté, pendant plusieurs mois, tous les malades des salles des vénériens que j'ai trouvés atteints de syphilis constitutionnelle : sur 137, 23 avaient fait un

traitement que dans l'état actuel de nos connaissances je fus obligé de reconnaître *suffisant*. Le registre d'admission de l'hôpital m'a fait connaître que, sur 500 malades admis pour des cas de maladie vénérienne générale, 473 avaient fait ou avaient déclaré avoir fait un traitement mercuriel lors de leur première infection. Je laisse à juger ce que de pareils relevés donnent à penser de la vertu curative et prophylactique des préparations mercurielles. Quant au subterfuge qu'on voudrait opposer, en déclarant que les traitemens avaient été probablement mal faits et insuffisans, on connait trop la valeur de pareilles assertions pour qu'on y attache une grande importance.

A ces considérations, si l'on ajoute celle de la non inocuité avouée de certains traitemens mercuriels, dans quelques circonstances qu'il est impossible de prévoir, sans omettre leur inutilité et même leurs dangers trop exagérés sans doute, mais dont une partie reste au moins probable, je pense qu'il y aura peu d'autorités qui porteront encore à employer les préparations mercurielles dans le traitement des symptômes primitifs de la maladie vénérienne.

Que si la crainte d'être accusé de n'avoir pas prévenu des accidens consécutifs détermine encore quelques médecins à préconiser les mercuriaux contre les symptômes primitifs, je les renvoie aux relevés des hôpitaux ; je ne doute pas qu'alors leur dernier scrupule ne soit levé, si jamais une conviction leur a été donnée comme base de leur conduite.

Qu'on n'aille pas croire que je prétende exclure les préparations mercurielles du traitement de la syphilis constitutionnelle, et même primitive, lorsque les symptômes ont résisté à tout autre médication ; ce que je désire, c'est qu'on y mette plus de logique, de réserve et de discernement. J'adresserai les mêmes reproches à ceux qui, pour avoir guéri des symptômes primitifs, sans mercure, penseraient pouvoir toujours s'en passer, et proscriraient de la prati-

que, comme incendiaire, un médicament qui, convenablement appliqué, a rendu et rendra, je l'espère, encore de si grands services.

Conclusions générales. — 1.° Les blennorrhagies, quelle que soit leur nature, manquent de caractères physiques positifs qui puissent les différencier;

2.° Toutes, sans exception, entraînent la possibilité de produire, chez certains individus, l'ensemble ou quelques-uns des symptômes connus sous la dénomination de symptômes secondaires des maladies vénériennes, tels que chancres locaux ou éloignés du siége du mal, bubons, orchites, pustules muqueuses, végétations, etc., etc.;

3.° Les ulcérations primitives du prépuce et du gland entraînent les mêmes conséquences, quelle que soit la nature des précédens symptômes; l'économie peut se trouver consécutivement atteinte des symptômes connus sous la dénomination d'affection vénérienne générale ou constitutionnelle.

4.° L'incertitude où l'on est sur le mode, l'opportunité et la durée d'une médication, qui préviennent, dans la plupart des cas, les récidives et l'infection générale; le danger de certains traitemens dans quelques cas, leur inutilité dans d'autres, autorisent à ne pas employer les préparations mercurielles dans la médication des symptômes vénériens primitifs qui guérissent plus sûrement et plus promptement par des moyens plus doux;

5.° Il est au contraire très-rationnel de faire usage des préparations mercurielles dans le traitement des affections générales, non pas comme spécifiques, ce que l'expérience a démontré évidemment faux, mais comme un puissant modificateur de l'économie affectée d'une manière qui est loin d'être exclusive aux affections vénériennes, et dont plusieurs préparations métalliques partagent les propriétés. Les rechutes et les infections générales ne doivent pas être attribuées à la spécificité de l'infection ni à l'absence de

traitement mercuriel; leur possibilité découle de la seule condition remplie par tout individu qui a été atteint de blennorrhagie ou de tout autre symptôme dont l'origine vénérienne est ou n'est pas contestable, mais qui s'en rapproche constamment par voie d'analogie. La guérison des symptômes vénériens primitifs par le traitement non mercuriel n'emporte pas du tout l'exclusion des préparations de mercure dans la thérapeutique de la partie chronique de la même maladie, *à fortiori* les guérisons des affections syphilitiques générales par les mercuriaux ne doit pas réagir sur la médication des symptômes récens et primitifs.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De l'accouchement prématuré artificiel ; observations recueillies à la clinique d'accouchemens de l'Université I. et R. de Pavie. Extrait du compte rendu de la clinique du professeur O. Teod. Lovati, *pour l'année scolaire de* 1830 *à* 1831 (1) ; *par le docteur* Ollivier (*d'Angers*).

La question de savoir s'il convient de recourir, dans certains cas, à l'accouchement prématuré artificiel, ne peut plus être douteuse aujourd'hui; elle est résolue affirmativement par des faits trop nombreux, pour qu'un médecin éclairé hésite désormais à provoquer l'accouchement avant son terme naturel, dans les circonstances où l'expérience a démontré l'utilité et les avantages de cette pratique. Ces circonstances sont à-peu-près toutes relatives aux cas d'étroitesse du bassin; et l'obstacle matériel qui s'opposerait à la sortie d'un enfant à

(1) *Annali universali di Med.* Numéro de décembre 1832.

terme, peut, avant cette époque, être appréciée mathématiquement. Mais il est bien plus difficile de juger de l'opportunité de l'accouchement provoqué, dans les cas où une maladie grave menace incessamment les jours d'une femme enceinte de 7 à 8 mois? Sur quelles bases s'appuyer pour décider si cette pratique pourra suspendre ou conjurer momentanément les accidens? Si elle ne les aggravera pas? Si elle augmentera ou diminuera les chances de vie pour l'enfant? L'expérience ne fournissait ici aucune réponse précise. Aussi, ne peut on que louer la réserve avec laquelle notre savant collaborateur, M. Dezeimeris, s'est prononcé sur cette question, dans l'excellent article qu'il a publié, sur le sujet qui nous occupe (*Dict. de Méd.*, tom. I, nouv. édit.). En l'absence d'exemples suffisans, il s'est abstenu de porter un jugement qui eût été hasardé, tout en laissant entrevoir néanmoins son opinion sur ce point, et en citant plusieurs faits qui plaident en faveur de la pratique de l'accouchement précoce, dans les cas dont il s'agit. L'une des observations qu'on va lire justifie pleinement cette détermination.

L'histoire de ce point d'obstétrique, long-temps négligé ou mal compris, démontre trop positivement les avantages de son application, pour ne pas détruire les préventions injustes et sans fondement dont il a été l'objet. Les scrupules de conscience qui ont pu dicter une opinion plus qu'étrange à plusieurs de nos compatriotes, se dissiperont sans doute, en voyant qu'une opération qu'ils considèrent comme un attentat qui blesse la morale et la religion, est pratiquée avec toute la publicité possible, dans un pays où les préjugés religieux sont autrement respectés qu'ils ne le sont chez nous. En effet, l'accouchement prématuré a déjà été provoqué huit fois, avec un succès constant pour la mère et sept fois pour l'enfant (chez celui qui succomba, la mort fut indépendante de l'accouchement provoqué), à l'hospice clinique de Pavie. Cette opération, peut être nécessitée,

avons nous dit, par un vice de conformation du bassin, ou par l'état de maladie de la mère, état dépendant ou non de la grossesse, et dont la gravité peut compromettre à la-fois par sa durée, la vie de la mère et celle de l'enfant. Les observations suivantes fournissent deux nouveaux exemples de l'application heureuse de l'accouchement sollicité prématurément, dans les circonstances qui viennent d'être indiquées.

Obs. I.re — Une femme primipare, âgée de 33 ans, de petite taille, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut reçue à la Clinique d'accouchemens, où, comme de coutume, on examina, le jour même de son entrée, la conformation de son bassin. Cette exploration fit reconnaître que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait que trois pouces, et que les diamètres obliques n'en avaient que trois et demi. D'après de semblables dimensions, en supposant, qu'au terme de la gestation, la tête de l'enfant n'excédât pas le volume ordinaire, l'accouchement ne pouvait se terminer naturellement, et chacun sait qu'en pareil cas, l'application du forceps, qui devient indispensable, entraîne ordinairement la mort de l'enfant, et toujours des dangers plus ou moins grands pour la mère. L'impossibilité de l'accouchement naturel, au terme ordinaire, étant bien reconnue, on dut recourir au moyen de prévenir les conséquences funestes qui pouvaient en résulter, si l'on attendait cette époque; mais il s'agissait d'abord de déterminer celle de la grossesse chez cette femme, afin d'apprécier les chances de viabilité de l'enfant. La menstruation ayant toujours été fort irrégulière, la non apparition des règles ne pouvait servir à fixer, dans ce cas, le moment où la conception avait eu lieu. Depuis qu'elle était enceinte, cette femme n'avait observé aucun des phénomènes qui peuvent faire soupçonner le début d'une grossesse, et elle ne donnait aucun renseignement sur la première apparition des mouvemens de l'enfant, ensorte

qu'on en était réduit aux conjectures tirées du volume actuel de l'utérus, du développement de sa moitié inférieure, et de celui de la partie du fœtus qu'on percevait par le toucher. Or, le fond de la matrice correspondait à la partie inférieure de la région épigastrique, son col était encore notablement alongé, et l'orifice externe en était dilaté de manière à admettre l'extrémité du doigt indicateur; enfin, les parois de l'utérus, dans sa moitié inférieure, étaient assez amincies pour laisser reconnaître que le volume de la tête était en rapport avec le développement de la matrice. D'après ces diverses circonstances, on pensa que la grossesse était arrivée au huitième mois. Toutefois, pour être plus sûr de la viabilité de l'enfant, on jugea prudent de différer de deux semaines l'emploi des moyens propres à déterminer l'accouchement; et quoique la tête pût acquérir, dans cet intervalle, à peu-près la grosseur qu'elle a chez un enfant à terme, sa mollesse et la flexibilité de ses parties sont toujours plus grandes, et devaient rendre sa sortie plus facile.

Pour provoquer l'accouchement, on pouvait percer d'abord les membranes afin de donner issue aux eaux; mais quand on agit de la sorte, l'accouchement s'opère ordinairement avec difficulté, non pas seulement à cause de l'étroitesse des détroits du bassin, mais par l'absence de cette dilatation progressive qui résulte de la saillie formée par la poche des eaux, laquelle favorise singulièrement la progression de la tête au travers de l'orifice de l'utérus. D'ailleurs, dans ce dernier cas, la parturition s'effectuant dans des conditions analogues à celles que présente tout accouchement naturel, les chances de salut pour l'enfant sont plus nombreuses. Afin d'arriver à ce résultat, on a conseillé de faire des frictions réitérées sur l'utérus, de titiller fréquemment les bords de son orifice, de détacher les membranes des environs de ce même orifice; enfin, d'introduire dans le col utérin un corps extensible susceptible de le dilater.

Les frictions exercées à la surface du ventre, et les titillations de l'orifice de la matrice avaient l'inconvénient de ne causer que des contractions utérines passagères, attendu la difficulté d'employer sans discontinuer ces deux sortes de stimulations; en détachant les membranes des environs de l'orifice du col, on pouvait en déterminer la rupture, par les manœuvres que cette opération exige. On préféra donc l'introduction, dans le col de l'utérus, d'une éponge convenablement préparée, ce moyen réunissant, aux avantages d'une dilatation progressive, une excitation mécanique qui devait solliciter les contractions de la matrice.

Le 12 octobre, à onze heures du matin, on procéda à cette opération de la manière suivante : un morceau d'éponge long d'un pouce, gros comme le tuyau d'une plume d'oie, traversé à son milieu par un fil long de 10 à 12 pouces, fut introduit en partie dans la canule d'un trois-quarts, à l'aide duquel le doigt indicateur le porta dans l'ouverture du col, la femme étant couchée horizontalement. Ainsi maintenu à l'entrée de cet orifice, on le fit pénétrer peu-à-peu jusqu'aux membranes, en poussant doucement de la main gauche la canule, à laquelle on imprimait de légers mouvemens de rotation. La profondeur à laquelle on était arrivé et la sensation particulière causée par la résistance des membranes, firent reconnaître que l'instrument occupait toute la cavité du col : cette introduction fut sans douleur pour la femme. Afin de ne pas déplacer l'éponge, en retirant la canule, on introduisit dans cette dernière une sonde fine avec laquelle on maintint l'éponge repoussée en haut, en même temps qu'on ramenait sur elle la canule au dehors : cette sonde fut ensuite elle même enlevée sans rien déranger. Le fil fut assujetti à l'une des cuisses. Cette opération ne dura que quelques minutes, et n'avait causé d'autre incommodité que celle qu'on occasionne en pratiquant le toucher; on obligea la malade à rester couchée dans une position horizontale, et pour prévenir l'agitation, ou les

autres accidens nerveux que pouvait causer la présence du corps étranger, on prescrivit une émulsion avec addition d'extrait de jusquiame, et une diète légère.

Au bout de *trois heures*, des douleurs ayant tous les caractères de celles qui précèdent et accompagnent les contractions utérines lors de l'accouchement, commencèrent à se manifester : elles duraient peu, et se renouvellaient de quart-d'heure en quart-d'heure; elles se prolongèrent ainsi pendant deux heures, et vers quatre heures de l'après-midi, elles s'affaiblirent graduellement jusqu'à six heures, où l'éponge sortit par suite d'une traction légère imprimée au fil. Cette éponge était quadruplée de volume, molle et enduite d'un mucus épais. Le toucher fit reconnaître que le col était moins alongé, beaucoup plus mou, et sa cavité assez dilatée pour que le doigt put pénétrer facilement jusqu'aux membranes qu'on touchait aisément; on introduisit un second morceau d'éponge large de six lignes et épais de deux environ : il fut plus difficile de le maintenir en place que le premier, à cause de la grande mollesse du col utérin, mais enfin on y parvint. Les douleurs reparurent bientôt avec le même caractère, et continuèrent jusqu'à onze heures du soir, où elles cessèrent tout-à-fait, pour ne reparaître que le lendemain matin 13, à six heures, mais avec moins de force. Pensant qu'alors l'éponge ne devait plus aider la dilatation du col, on la retira sur les huit heures; elle avait six lignes d'épaisseur et était recouverte d'une couche muqueuse, sans odeur. Le col était plus effacé, plus mou, ses deux orifices largement dilatés, l'interne plus que l'externe. Aucuns symptômes d'irritation locale ou générale.

A neuf heures du matin, une heure après qu'on eût introduit une troisième éponge de huit lignes d'épaisseur environ, les douleurs se réveillèrent, persistèrent pendant une heure avec la même intensité, et s'affaiblirent ensuite peu-à-peu. A une heure après midi, une nouvelle explora-

tion fit reconnaître une augmentation dans la dilatation des orifices, mais surtout de la cavité du col, disposition qui qui avait rendu l'extraction de l'éponge un peu difficile. Une quatrième fut placée comme la précédente; une heure après, renouvellement des douleurs, qui sont plus fortes, plus fréquentes, et qui ne changent pas jusqu'à huit heures du soir: l'éponge fut alors trouvée dans le vagin, le col étant entièrement effacé. Le retour régulier des douleurs, la dilatation progressive qui leur succédait, la saillie et la rénitence de plus en plus grande de la poche des eaux, annoncèrent que le travail de l'accouchement était enfin commencé. Les bords de l'orifice du col étaient encore tuméfiés et durs.

Dès-lors, il devenait inutile d'exciter davantage les contractions utérines par l'introduction d'une nouvelle éponge: on laissa donc la femme changer de position et se lever. Toutefois, les progrès du travail furent très-lents, les douleurs étant faibles, et la résistance du col assez forte. A six du soir, le lendemain 14, la poche des eaux se rompit, mais la tête ne s'engagea ensuite que fort lentement, tant par suite du volume qu'elle avait acquis, que par l'obstacle que lui offrait l'étroitesse extrême du bassin. Enfin, l'accouchement fut terminé avec beaucoup de difficultés, le jour suivant 15, à onze heures du matin. L'enfant était dans un état apoplectiforme que la saignée par le cordon fit promptement disparaître; les diverses proportions du corps montrèrent qu'il avait plus de huit mois. Son poids était de 4 livres 5 onces, sa longueur de 15 pouces 8 lignes; le diamètre oblique de la tête était de 4 pouces 9 lignes; le vertical, quatre; le bi-pariétal, 3 pouces 1 ligne; le cervico-bregmatique, 3 pouces 3 lignes; l'auriculaire, 2 pouces 9 lignes.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'accouchement, la malade fut affectée d'une bronchite intense qui nécessita deux fois la saignée du bras. Nonobstant cette circonstance,

son rétablissement fut très-prompt, et elle sortit, peu de jours après, en parfaite santé, avec son enfant qui était également très-bien portant (1).

Si cette observation est intéressante par le détail des circonstances qui ont ainsi hâté l'accouchement, le fait suivant ne l'est pas moins, par les causes qui ont nécessité sa provocation avant le terme naturel.

Obs. II.e — Une jeune fille de 17 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution grêle et délicate, avait conservé cependant jusqu'alors une santé assez bonne qu'elle devait surtout aux habitudes régulières et au régime sobre qu'elle avait toujours suivi, lorsqu'elle devint enceinte pour la première fois. Ce nouvel état vint apporter une perturbation profonde dans sa constitution déjà si débile : elle devint triste, inquiète, et fatiguée par des vomissemens continuels dont la violence la contraignit de demander les conseils d'un médecin, mais en lui cachant soigneusement qu'elle pouvait être grosse. Ce dernier mit en usage successivement, et inutilement, la saignée répétée, les révulsifs, les résolutifs, les sédatifs.

La grossesse était arrivée à son septième mois quand cette jeune fille entra à la Clinique d'accouchement, vers le milieu d'octobre 1830. Son état était vraiment digne de pitié : réduite presqu'au marasme, elle était tourmentée par une faim continuelle qu'elle ne pouvait satisfaire, l'estomac rejettant tous les alimens aussitôt après leur ingestion : cet organe n'avait pas conservé davantage les médicamens qu'on avait administrés pendant trop long-temps, sans aucun succès. Afin d'entretenir la vie presque épuisée, chez cette malheureuse enfant, on lui fit prendre exclusivement des gelées de viandes, des consommés et du chocolat à

(1) Le professeur Billi vient également de provoquer avec succès l'accouchement avant terme, par le même moyen, et dans des circonstances analogues, à l'Institut clinique de Sainte-Catherine, à Milan.

l'osmazôme, afin qu'il y eut le plus possible d'élémens réparateurs absorbés dans le peu d'alimens qu'elle ne vomissait pas. Vers la fin d'octobre, les accidens augmentèrent d'intensité. Les vomissemens furent accompagnés de crampes d'estomac excessivement douloureuses et de convulsions générales; il survenait tout-à-coup un tremblement de tout le corps, avec retraction tétanique des membres, et perte de connaissance; la face devenait rouge, les yeux s'injectaient, les veines jugulaires étaient gonflées, les carotides battaient avec force et rapidité, et lorsque l'accès cessait une salive écumeuse venait couvrir les lèvres. L'affection de l'estomac, qui avait été jusque-là toute symptomatique de la grossesse, se compliquait donc d'accidens qui dénotent une irritation vive de la moelle épinière et du cerveau. En conséquence, on crut devoir combattre cette excitation des centres nerveux, par la saignée qui fut répétée deux fois, malgré la faiblesse extrême de la malade. Ces émissions sanguines furent suivies immédiatement d'une grande prostration des forces, contre laquelle on employa inutilement une infusion de camomille et de mélisse, avec quelques gouttes de laudanum : l'estomac rejetta constamment cette potion.

Un large vésicatoire fut appliqué sur l'épigastre; il produisit momentanément une amélioration notable dans les symptômes généraux, l'estomac devenant le seul siége des phénomènes morbides. Mais les progrès naturels de la grossesse, l'abstinence continue qui résultait du vomissement de toutes les substances nutritives que la malade prenait; les émissions sanguines qu'il avait fallu mettre encore en usage pendant les accès épileptiformes, ne permettaient pas d'espérer que ce mieux pût être durable. En effet, au bout de quelques jours, les convulsions générales reparurent avec une nouvelle violence, accroissement dû probablement à ce que l'épuisement de la malade avait exalté davantage sa sensibilité : elles prirent tout-à-fait les caractères que Sau-

vages assigne à l'éclampsie puerpérale. Après avoir perdu connaissance, et être restée quelque temps dans une immobilité absolue, la malade était saisie tout-à-coup d'une contraction tétanique générale, d'un véritable opisthotonos, dans lequel le corps était courbé de telle sorte, que l'occiput et les talons étaient les seules parties appuyées sur le lit. Pendant ce spasme effrayant, les membres supérieurs éprouvaient une extension forcée, et les yeux, largement ouverts, laissaient voir les pupilles très-resserrées. A cette contraction générale des muscles extenseurs succédait celle des fléchisseurs, en sorte que la malade passait subitement à une position du corps diamétralement opposée : elle s'accroupissait en fléchissant fortement les bras le long du corps, lequel se courbait complètement en avant. Le trouble général du système nerveux était encore manifesté à chaque instant par les mouvemens désordonnés et partiels du système musculaire : ainsi, on voyait la physionomie de la malade offrir presque en même temps une expression riante et sévère, son corps prendre successivement, et avec une rapidité incroyable, toutes les attitudes imaginables; enfin, le vomissement, l'évacuation involontaire de l'urine, un hoquet fréquent, de très-fortes palpitations de cœur, etc., se joignaient à la série de tous ces phénomènes qui reparaissaient ainsi par accès, lesquels se prolongeaient quelquefois pendant deux heures et demie.

Il est difficile de peindre l'état d'anéantissement qui succédait à chacun de ces accès; la malade semblait à chaque instant sur le point d'expirer; toutes les parties du corps étaient tellement sensibles, que le moindre contact déterminait des douleurs aiguës : la violence et l'énergie des mouvemens qui venaient de se manifester étaient remplacées par une sorte de paralysie générale. Cet état se prolongeait d'autant plus que la durée et l'intensité des accès avaient été plus considérables. Enfin, ils se rapprochaient de plus en plus, au point qu'on en compta

quinze en neuf jours, devenant en même temps plus violens à mesure que leur fréquence augmentait.

Quels moyens pouvait-on opposer à des accidens aussi graves? La saignée qui, dans la plupart des cas analogues à celui-ci, a été considérée comme le remède le plus efficace par Mauriceau, Lamotte, Levret, Baudelocque, etc., ne pouvait plus être pratiquée, attendu les défaillances continuelles de la malade. Les antispasmodiques, sous quelque forme qu'on voulût les administrer, ou tout autre médicament, étaient sans action, puisqu'ils étaient rejetés par le vomissement aussitôt après avoir été pris. On ne pouvait recourir qu'aux révulsifs, et le professeur Lovati employa préférablement aux autres moyens de cette espèce, et pendant l'intervalle des accès, l'immersion répétée des pieds et des mains dans de l'eau très-chaude, en même temps que des ablutions froides sur la tête; mais il n'en résulta aucun effet sensible.

D'après tout ce qui précède, chacun peut juger de l'extrême gravité de cette maladie : l'éclampsie puerpérale, déjà si dangereuse par elle-même, menaçait d'autant plus inévitablement les jours de la malade, que cette dernière, naturellement faible et débile, était réduite à un état de marasme avancé, qui donnait tout lieu de craindre que la mort ne survînt dans un des accès convulsifs qui se succédaient sans relâche. Dans cette conjoncture, quoique les meilleurs praticiens pensent que l'accouchement dont le travail est accompagné d'éclampsie soit bien souvent mortel, on devait désirer cependant qu'il eût lieu, car c'était l'unique chance de salut qui restait encore. Mais, au milieu des contractions musculaires et des secousses convulsives générales qui agitaient le corps de la malade, on n'avait pas observé la moindre apparence d'un commencement de travail; l'utérus semblait être seul soustrait à l'influence de l'irritation du système cérébro-spinal.

Une réunion de circonstances aussi graves décida le pro-

fesseur Lovati à provoquer artificiellement l'accouchement. Sans doute on pouvait craindre que le développement des douleurs utérines n'aggravât momentanément les accidens qui menaçaient l'existence de la malade, d'autant plus que le travail de l'accouchement influe toujours notablement sur la circulation et le système nerveux de la femme; mais on pouvait aussi espérer un résultat heureux, car l'expérience a prouvé que les convulsions générales qui accompagnent la grossesse sont dissipées très-souvent par l'accouchement. Enfin, en n'employant pas ce moyen, qui désormais était le seul qui offrît quelque ressource, on n'avait plus d'autre perspective que celle de voir succomber et la mère et l'enfant, par les progrès d'une maladie que rien n'avait pu combattre efficacement.

Le 13 novembre, à une heure après midi, les membranes furent percées avec une sonde à dard, et les eaux s'écoulèrent assez abondamment. On avait espéré, en opérant de la sorte, hâter la sortie de l'enfant; mais il n'en fut pas ainsi, car les douleurs ne commencèrent à se manifester que sur les six heures de l'après midi du jour suivant, 14 novembre; dans cet intervalle de 29 heures, il n'y eut qu'un seul accès d'éclampsie. Pendant les douleurs du travail, on observa de temps en temps quelques légers mouvemens convulsifs, mais qui n'augmentèrent pas d'intensité, et la jeune malade accoucha heureusement, au bout de deux heures, d'un enfant de *huit mois*, plein de vie et de santé.

Avec l'accouchement disparurent comme par enchantement les convulsions générales, et les vomissemens qui n'avaient pas cessé d'exister sans interruption depuis si longtemps. Dès ce moment les forces de la malade revinrent assez promptement sous l'influence d'une alimentation convenable, et elle sortit de l'hôpital dans l'état de santé le plus satisfaisant.

Les opposans à la pratique de l'accouchement précoce élèveront peut-être des objections contre la nécessité de

son application dans le premier qui vient d'être rapporté. Ils pourront soutenir quo l'accouchement aurait eu lieu naturellement, et sans plus de temps ni de difficultés, si l'on eût attendu le terme habituel de la grossesse, les diamètres du bassin n'étant pas tellement rétrécis, qu'on n'ait vu la sortie de l'enfant s'opérer spontanément dans des cas analogues. Mais nous leur demanderons combien de fois ils ont pu voir alors l'enfant survivre à sa naissance, ou même naître vivant, et s'il n'a pas fallu recourir au forceps quand la mère était à la fois aussi âgée et primipare, et si la vie de la mère n'a pas couru des dangers plus ou moins graves? Quant à la deuxième observation, elle offre un exemple aussi intéressant par ses détails que remarquable par son résultat, et doit être, pour l'avenir, d'un grand poids dans la balance quand il s'agira de discuter l'opportunité de l'accouchement prématuré artificiel dans des cas où la maladie de la mère peut compromettre à la fois ses jours et ceux de l'enfant, si l'on se confiait entièrement alors dans les ressources de la nature. Enfin, la conservation de la vie de la mère et de l'enfant, dans les deux observations qu'on vient de lire, n'est pas la conséquence la moins importante qui ressorte de ces deux faits : elle prouve tout l'avantage de l'accouchement provoqué dans les circonstances où cette pratique est suffisamment indiquée.

Abcès chroniques du tibia ; par le docteur Brodie (1).

La maladie qui fait le sujet de ce mémoire est entièrement nouvelle ; les auteurs n'ont jusqu'ici rapporté aucun fait exactement semblable à ceux dont M. Brodie vient de publier la description. Il est à présumer que la formation d'un abcès dans l'épaisseur du tissu osseux du tibia n'est point une

(1) *Medico-chir. Transactions*, vol. XVII.

chose extrêmement rare, puisqu'il s'en est présenté trois cas d'une ressemblance frappante dans un court intervalle de temps et dans la pratique d'un seul chirurgien; cependant cette lésion particulière paraît avoir échappé à la plupart des praticiens anciens et modernes. Le docteur Hey, dans ses remarques sur la carie du tibia, et sur l'emploi du trépan pour la combattre, cite deux observations d'abcès du tibia; mais la matière purulente s'était fait jour, au moyen de l'ulcération, à travers la paroi osseuse, avant que le chirurgien ait eu l'idée d'appliquer une couronne de trépan sur l'os malade, et M. Hey ne paraît pas soupçonner qu'il puisse être avantageux ou même nécessaire, dans certains cas, de trépaner l'os avant qu'il y ait ulcération. Dans les observations de M. Brodie, rien n'annonce qu'une ulcération de l'os aurait tôt ou tard donné issue au pus; le travail inflammatoire s'était borné à la déposition d'une matière osseuse autour de l'os malade, et à l'endurcissement du tissu spongieux autour de l'abcès. Dans l'ouvrage de Benjamin Bell, sur les maladies des os, il y a une planche qui représente un abcès dans l'extrémité inférieure du tibia, entourée par une matière osseuse de nouvelle formation, comme dans les observations de M. Brodie. L'auteur donne à entendre qu'il aurait été à propos de procurer avec le trépan une ouverture à cet abcès; mais là se bornent ses réflexions, et le fait demeure réduit à une simple pièce d'anatomie pathologique.

La formation d'un abcès chronique dans l'intérieur du tibia, ne s'annonce point par des symptômes que l'on puisse rattacher à cette lésion plutôt qu'à une autre; mais l'existence de cet abcès une fois formé peut se découvrir par un examen attentif des accidens qu'il entraîne et des circonstances de la maladie; comme on peut le voir dans les deux dernières observations.

Le diagnostic est ici d'une importance qui rend les observations suivantes extrêmement intéressantes. Dans la pre-

mière, où la maladie fut méconnue, on crut devoir recourir à l'amputation de la cuisse, et la mort fut le résultat de cette pratique; dans les deux autres, M. Brodie conserva la jambe à ses malades, et la guérison fut complète. On doit appuyer sur ces considérations, parce que dans cette maladie, la douleur devient si insupportable, le membre affecté est tellement inutile et même si nuisible, par les souffrances dont il est le siège et les autres accidens qui peuvent survenir, que s'il n'existait aucun moyen de procurer une guérison facile par l'évacuation du pus, on ne devrait pas hésiter à regarder l'amputation comme indispensable.

Voici ces observations; elles renferment l'histoire précise de la maladie; ses symptômes, et par conséquent les moyens de la diagnostiquer, y sont clairement exprimés :

I.re *Obs.* — M. P.*** âgé de 24 ans, consulta M. Brodie, dans les circonstances suivantes : il avait une tuméfaction considérable de la partie inférieure du tibia, s'étendant jusqu'à deux ou trois pouces de l'articulation du pied. Les tégumens étaient tendus, étroitement adhérens à la surface de l'os. Le malade accusait une douleur continuelle qu'il rapportait à l'os tuméfié et aux parties environnantes. Cette douleur était toujours cruelle, mais elle s'exaspérait, par paroxysmes, à un degré extraordinaire. Ces paroxysmes revenaient à des intervalles irréguliers, le retenaient à la chambre pendant plusieurs jours, et s'accompagnaient d'une altération notable dans la santé générale. Cette maladie durait depuis plus de douze ans; pendant cette longue période de souffrance, il avait eu recours à un grand nombre de chirurgiens; plusieurs modes de traitement avaient été mis en usage, sans succès durable. Les remèdes prescrits par M. Brodie ne produisirent pas un meilleur effet, et le malade se décida à l'amputation. Le cinquième jour de l'opération, il mourut avec des symptômes tétaniques.

En examinant le membre amputé, on trouva qu'une matière osseuse s'était déposée autour de l'extrémité infé-

rieure du tibia. Ce dépôt de matière osseuse était évidemment le résultat de l'inflammation ancienne du périoste. Il avait un tiers de pouce d'épaisseur; et quand on eut scié l'os dans le sens de sa longueur, on put voir distinctement la ligne de séparation de l'os ancien d'avec l'os de nouvelle formation. Toute l'extrémité inférieure du tibia était plus dure et plus compacte qu'à l'ordinaire, ce qui paraissait dû à la déposition d'une substance osseuse dans le tissu spongieux de l'os. Au centre de celui-ci, à un tiers de pouce de l'articulation, il y avait une cavité pouvant contenir une noix ordinaire, renfermant un pus coloré en noir. La portion d'os qui formait cette cavité, se distinguait du reste par une couleur plus blanche et une texture plus compacte ; sa surface intérieure offrait une grande vascularité. L'articulation du pied était saine. — M. Brodie ne douta point que si on avait pu diagnostiquer la présence de ce pus, et l'évacuer à l'aide du trépan, le malade n'eût sauvé son membre et sa vie.

II.e *Obs.* — M. B.*** âgé de 23 ans, consulta M. Brodie pour une tuméfaction considérable du tibia du côté droit, commençant immédiatement au-dessous du genou, et s'étendant assez loin en bas pour occuper environ le tiers de la longueur de l'os. M. B.*** se plaignait d'une vive douleur qui l'empêchait de dormir; quelques points de la tumeur étaient douloureux au toucher. Le genou n'était point enflé et ses mouvemens étaient parfaitement libres. La maladie avait plus de dix ans de durée; elle avait commencé par un léger gonflement et un peu de douleur à l'extrémité supérieure du tibia; ces symptômes avaient fait des progrès continuels. Plusieurs traitemens différens n'avaient produit que peu ou point de soulagement. M. Brodie considéra cette maladie comme une périostite chronique, et en conséquence, il pratiqua une incision qui divisa le périoste, et prescrivit à l'intérieur la salsepareille. Le périoste était épaissi, et l'os de nouvelle formation tendre et vasculaire.

la douleur fut calmée immédiatement, la plaie se cicatrisa progressivement, et le malade fut réputé guéri. Cependant, la tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia ne disparut jamais entièrement, et en août 1827, la douleur revint; elle augmenta peu-à-peu, et en janvier 1828 M. Brodie fut consulté de nouveau. La douleur était continuelle, mais plus vive par intervalles, et souvent empêchant le sommeil plusieurs nuits de suite. La tuméfaction du tibia était aussi grande que jamais, la peau tendue et adhérente au delà de l'ordinaire à la substance de l'os. Le malade ne pouvait plus se livrer à ses occupations ordinaires. La ressemblance de cette maladie avec la précédente frappa M. Brodie; il proposa l'application du trépan, qui fut acceptée; et en mars 1828, il procéda à l'opération. Il choisit, pour placer l'instrument, une tache située à deux pouces au-dessous du genou, à la hauteur de laquelle le malade rapportait principalement sa douleur. En cet endroit, il fit aux tégumens une incision cruciale. Le périoste n'était plus dans l'état où on l'avait trouvé à la première opération; il était à peine plus épais qu'à l'état normal, et l'os au-dessous était dur et compact. Une couronne de trépan de taille moyenne fut appliquée et enleva une portion d'os correspondant à la portion spongieuse, mais on ne trouva aucun dépôt. Alors, M. Brodie détacha, à l'aide d'un ciseau, quelques portions d'os, dans la cavité faite par le trépan. Pendant ce temps de l'opération, le malade éprouva tout-à-coup une sensation qu'il compara à celle qu'on ressent lorsqu'on touche l'intérieur de la cavité d'une dent cariée, mais bien plus douloureuse; et aussitôt, il s'écoula lentement, d'une cavité ouverte par le ciseau, une petite quantité de pus coloré en noir. Ce pus fut essuyé avec une éponge, de sorte qu'on ne le mesura pas exactement, mais il fut évalué à environ un gros et demi. Depuis cette opération, la douleur particulière qui était due à la maladie a cessé entièrement et n'a jamais reparu. Pendant

les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, le malade souffrit beaucoup de sa plaie, mais cette souffrance se dissipa bientôt. On pansa le fond de la plaie légèrement avec de la charpie. Elle ne fut entièrement cicatrisée qu'au bout de six mois; mais, trois mois avant la guérison complète, M. B.*** put marcher et se livrer à ses occupations. L'os ne s'est point exfolié; il est revenu, à peu de chose près, à sa grosseur naturelle, et M. B.*** jouit d'une bonne santé.

III.e *Obs.* — En janvier 1830, M. S..., âgé de 24 ans, consulta M. Brodie; l'extrémité inférieure du tibia du côté gauche était considérablement gonflée; la peau qui recouvrait l'os était tendue, et adhérait étroitement à sa surface. Le malade y éprouvait constamment une vive douleur qu'il rapportait à l'os tuméfié. Toutes les deux ou trois semaines, il y avait une exacerbation de la douleur qui devenait atroce durant plusieurs heures, quelquefois même plusieurs jours, et l'empêchait de suivre ses travaux ordinaires. La douleur, qui se manifestait sous forme d'élancemens, était plus cruelle la nuit que le jour, et s'accompagnait d'une telle sensibilité des parties environnant l'articulation du pied, qu'il ne pouvait supporter le plus léger attouchement. M. S. décrit ainsi le début de la maladie qui datait de dix-huit ans :

En se mettant au lit, un soir, il éprouva soudainement une vive douleur à la malléole interne. Le lendemain matin, il lui fut impossible, à cause des souffrances qu'il ressentait à chaque essai qu'il faisait, d'appuyer son pied sur la terre. On mit des sangsues plusieurs fois, puis un vésicatoire; mais la souffrance allait en augmentant. Après quelques semaines, un abcès se forma et s'ouvrit; une légère amélioration en fut la suite. Peu de temps après, un deuxième abcès s'ouvrit dans le voisinage du premier. Ces deux abcès restèrent ouverts pendant très-longtemps, et se cicatrisèrent très-promptement. M. S. recouvra alors l'usage de sa jambe, et marcha comme auparavant. L'été

suivant, il eut un retour de la douleur dans la malléole interne, sans la formation d'un nouvel abcès; puis, pendant huit ou dix ans, il fut tourmenté par des accès de douleur durant un jour ou deux. Ces accès étaient séparés par des intervalles irréguliers; une fois l'intermission fut de neuf mois. Depuis ils revinrent plus fréquemment, et pendant les deux dernières années la maladie se comporta comme au moment où il vint consulter M. Brodie. En examinant le membre malade, le chirurgien anglais fut frappé de sa ressemblance avec ceux des deux observations précédentes. La même ressemblance existait aussi pour les symptômes, et il ne put se refuser à admettre la même cause. Il pratiqua la trépanation en présence du docteur Travers, le 31 janvier. Une incision cruciale divisa la peau, dont on releva les angles, pour mettre l'os à nu au-dessus de la malléole interne. Le trépan fut placé à l'endroit où le malade rapportait sa douleur. L'instrument fit, dans la portion spongieuse de l'os, une cavité qui fut agrandie à l'aide d'un petit ciseau, jusqu'à ce qu'on vit sortir environ un gros de pus. Ce pus provenait d'une excavation capable d'admettre l'extrémité du doigt. La surface interne de cette excavation était douée d'une exquise sensibilité, car le malade éprouvait des douleurs intolérables quand on y introduisait une sonde le plus légèrement possible. Peu de temps après l'opération, il survint de l'inflammation, un abcès se forma entre le périoste et l'os, et successivement plusieurs autres abcès se présentèrent dans le voisinage; mais tous se guérirent facilement. La cavité faite par le trépan se combla; la plaie tarda peu à se cicatriser; la douleur ne reparut plus, et le patient put reprendre ses occupations accoutumées; il jouit depuis d'une bonne santé.

On voit que dans ces observations rien ne paraît limiter la durée de la maladie; la lenteur de sa marche, l'intermittence du travail morbide qui la constitue, la transformation opérée dans la texture de l'os, transformation qui est due

sans doute à l'inflammation, les douleurs atroces dont le membre est le siége, la présence d'un abcès circonscrit par la substance osseuse, avec endurcissement du tissu spongieux, enfin la facilité avec laquelle on en obtient la guérison, la rendent digne des recherches et de l'étude des praticiens.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

Observations sur la coagulation du sang; par *Müller, professeur de Physiologie à Bonh.*— L'auteur, dans une lettre adressée à M. Dulong, secrétaire de l'Académie des Sciences, lui annonce qu'il a trouvé des moyens pour démontrer que ce ne sont pas les globules qui contiennent la partie coagulable du sang ou la fibrine, mais qu'au contraire cette dernière est dissoute dans le sérum. Pour arriver à cette démonstration, il faut employer un sang dont les globules soient assez grands pour passer à travers les pores d'un filtre : celui de la grenouille est très-convenable. Si l'on fait couler le sang d'une grenouille à laquelle on a coupé la cuisse, sur un filtre de papier blanc mouillé, et qu'on le mêle aussitôt avec une quantité égale d'eau pure ou mieux encore d'eau sucrée, il passe dans le verre de montre, placé sous le filtre, un liquide transparent dans lequel il se forme bientôt un caillot de fibrine. Ce caillot d'abord est aussi limpide que l'eau dans laquelle il nage, et on ne peut le distinguer qu'en l'enlevant avec une pince : mais bientôt il se condense et devient blanc. Dans le peu de temps qui s'écoule avant la coagulation, il ne peut passer à travers le filtre qu'une très-petite partie de fibrine dissoute, et la plus grande partie de cette dernière resté coagulée sur le filtre. Si l'on emploie de l'eau sucrée au lieu d'eau pure pour faciliter le passage à travers le filtre, les globules restent sur le papier sans changer de nature et ne se dissolvent pas. Il suit, dit l'auteur, de cette observation que l'explication de la coagulation du sang par l'aggrégation des globules ou des noyaux des globules n'est pas fondée.

On doit observer que ces expériences ne peuvent pas être faites avec le sang de la grenouille en hiver, parce que le sang de cet animal ne se coagule pas entièrement pendant cette saison. On ne peut pas non plus se servir de grenouilles prises depuis quelque temps parce qu'il

n'y a que le sang des grenouilles fraîches qui se coagule en sortant des vaisseaux. Pendant le printemps, l'été et l'automne, le phénomène décrit ci-dessus se reproduit sans exception avec le sang de grenouilles fraîchement prises.

Les globules du sang, d'ailleurs, sont composés, comme on sait, d'un noyau incolore et d'une écorce rouge. Cette dernière se dissout peu à peu dans l'eau, mais non dans ce liquide salé ou sucré. L'eau pure change aussitôt la forme elliptique des globules du sang des grenouilles et leur donne une forme ronde. Après la dissolution de l'écorce rouge dans l'eau, les noyaux restent insolubles dans ce liquide, mais ils se dissolvent dans de l'eau alcaline. Tous ces faits s'observent facilement au microscope. Pour séparer les noyaux de l'écorce rouge, on peut mêler une goutte d'acide acétique avec une quantité égale de sang. On voit aussitôt, à l'aide du microscope, l'écorce rouge ou la *cruorine* se dissoudre et les noyaux rester avec la forme qui leur est propre dans chaque espèce d'animal. (*Annales des Sciences naturelles*, T. 27. octobre 1832.)

VISION DOUBLE PAR UN SEUL ŒIL. — *Obs. de M. Prévost, professeur de Physique à Genève.* — « Cette imperfection de ma vue, dit l'auteur, ne date que de 1823 ; bien qu'elle existe encore, j'en parlerai d'après mes notes, presque toutes antérieures à l'époque actuelle, parce que l'état de ma vue ne me permet plus d'observer avec toute l'exactitude désirable les phénomènes qu'elle présente. »

Si de l'œil droit M. Prévost regarde un point, il en voit aussitôt deux; ces deux images sont séparées par un intervalle susceptible de mesure. Il lui suffit en effet pour l'apprécier de le comparer à quelque objet de longueur connue, tel qu'un caractère d'imprimerie, un trait bien limité, etc. ; à la distance à laquelle il a coutume de lire, l'écartement des deux images paraît être d'une demi-ligne. Mais à de si petites distances il est difficile d'éviter quelques causes d'erreur ; en effet selon la situation, l'une des images s'affaiblit et peut même s'effacer entièrement ; le même œil qui, chez l'auteur, est affecté d'un doublement, l'est aussi d'un triplement. De ces deux circonstances il peut résulter qu'à des distances différentes les deux images ne soient plus les mêmes. C'est donc à de grandes distances que l'on peut espérer de déterminer avec quelque exactitude l'écartement des deux images observées. C'est ce qu'a fait M. Babbage dont un des yeux est sujet, comme celui de M. Prévost, à doubler un point unique.

Lorsqu'un œil voit deux images d'un seul et même point, ces images étant sur une même ligne droite verticale, on sait que l'image supérieure doit correspondre à un point inférieur sur la rétine. C'est ce que l'auteur a constaté directement. En faisant mouvoir lentement un écran de haut en bas, il fait disparaître l'image inférieure avant l'autre. Elle pâlit peu à peu, tandis que la supérieure acquiert une teinte

foncée qui égale celle dont jouissait l'image effacée. Ainsi le doublement disparait en masquant l'une des images. Cette image peut se masquer naturellement par la paupière ; l'image inférieure par la paupière supérieure, et *vice versâ*. Cette espèce d'écran naturel s'obtient sans effort par une simple inclinaison de la tête. Nous venons de dire que l'image masquée par un mouvement lent et gradué d'un écran, pâlit avant de disparaître. En diminuant successivement les faisceaux de rayons qui vont du point à chacun des deux foyers, et en graduant le mouvement, on fait disparaître les images tour-à-tour, et on rencontre une inclinaison intermédiaire de la tête ou de l'écran à laquelle les deux points apparens sont également éclairés. L'intervalle qui sépare les deux images d'un point noir tracé sur un papier blanc, prend une teinte jaune. Pour bien l'appercevoir il faut observer le doublement d'une ligne. Si l'on observe un objet coloré de petite étendue, un petit cercle ou un petit rectangle, il arrive que l'on a l'apparence de trois teintes par l'effet de la double image. Cela a lieu lorsqu'on ne peut séparer entièrement les deux images. Là où elles restent confondues la teinte est doublement forte. C'est surtout à la lecture que le doublement d'un petit objet se fait remarquer chez M. Prévost; il peut lui faire confondre un o avec le chiffre 8 ; mais il rectifie cette erreur avec assez de facilité quoique cette imperfection de la vue lui cause quelque embarras en lisant. Le doublement a lieu en regardant l'objet avec un verre convexe ; une lentille de trois pouces de foyer par exemple : « En approchant le verre de l'objet, tel qu'un point noir sur un papier blanc, je vois, dit-il, deux points l'un sur l'autre à peu près comme à l'œil nu ; si je rapproche le verre de mon œil, l'intervalle des deux images diminue et elles peuvent même se confondre. A cette limite je ne vois qu'une image beaucoup plus nette, toutefois une certaine ombre demi-transparente l'entoure ; mais cette ombre ne s'aperçoit que difficilement. En continuant d'approcher le verre de l'œil, il se forme de nouveau deux images, et plus j'approche, plus elles s'écartent; mais elles ne sont pas l'une au-dessus de l'autre, elles paraissent sur une ligne presque horizontale ; elles sont moins nettes que les précédentes et deviennent bientôt très-confuses. »

M. Prévost passe ensuite à l'examen de la cause de ce phénomène. « En quelque endroit que cette cause ait son siège, continue-t-il, elle produit deux foyers sur la rétine, auxquels vont se rendre les rayons émis par un seul et même point. Cela peut arriver de plus d'une manière. La plus simple est celle qui place le vice dans le cristallin. Cet organe doit être, en ce cas, considéré comme une lentille double. Cet effet peut provenir d'une fracture, d'un froissement, d'une écaillure ou d'un applatissement partiel du cristallin. »

L'effet d'une fracture se voit aisément sur une lentille de verre ; elle y produit un double foyer très-apparent. C'est à cette cause que Wol-

laston rapportait un doublement d'image qu'il avait eu occasion d'observer; et en parlant de cette affection de mon œil droit, il me dit avoir fait disparaître momentanément le doublement en faisant regarder l'objet à travers l'angle réfringent d'un prisme. Du reste une telle séparation de foyer peut avoir lieu sans rupture; il suffirait que l'un des segmens lenticulaires fût incliné sur l'autre; en sorte que le cristallin, par exemple, subît un pli dans sa texture. Cet organe composé de couches ne peut-il pas être exposé à des accidens de cette nature? Si l'un des segmens était plus applati que l'autre, leurs foyers ne seraient pas les mêmes; mais dans cette supposition, les foyers ne seraient pas exactement à la même distance, et ne tomberaient pas sur la rétine de manière à y former à la fois deux images parfaites et distinctes.

« En résumé, il y a quelques yeux faits de manière à voir deux images d'un seul et même point. Ces deux images, mesurées sur l'angle visuel, ont été trouvées distantes l'une de l'autre de 12 minutes de degré. La cause de ce phénomène doit être une disjonction ou une séparation de la lentille cristalline, par une rupture ou un pli, ou peut-être un changement partiel de convexité. »

A cet extrait de la note de M. Prévost nous joindrons une analyse d'une lettre que lui écrivait en 1827, M. Babbage, qui est atteint d'une semblable iofirmité.

« Je vois les deux images des objets verticalement l'une au-dessus de l'autre avec les deux yeux ou avec chacun d'eux séparément, toutes les fois que je regarde un objet sans forcer l'organe. L'image supérieure est plus faible que l'inférieure ou réelle, et en est séparée par un angle de 12 minutes. Quant je suis dans un mauvais état de santé, la seconde image devient plus forte, mais sa distance angulaire n'est pas altérée autant que j'ai pu en juger. (L'état de la santé ne paraît avoir aucune influence sur le phénomène en question chez M. Prévost.) A cause du peu de distance des deux images, les objets rapprochés ne paraissent pas doubles, mais une indistinction se manifeste sur les bords. Quant je regarde à travers un petit trou pratiqué dans une carte, ou à travers une très-petite ouverture entre mes doigts et le pouce, comme je le fais souvent pour voir plus distinctement, je perds de vue l'image faible. Je puis aussi m'en débarrasser en penchant la tête en arrière et en dirigeant le regard sous la paupière de manière que le rayon venant de l'objet la rase de très-près. Je ne vois qu'une image en regardant d'un œil à travers une lentille concave, je puis aussi me débarrasser de l'image faible en fronçant le sourcil; mais il faut pour cela beaucoup d'efforts. »

Ce vice de la vision ne parait jusqu'ici n'avait fixé l'attention d'aucun physiologiste. Cabanis cependant en parle et dit en avoir observé

deux exemples (1); Charles Bonnet, dans ses mémoires sur sa vie et ses écrits, manuscrit encore inédit, parle, à propos de ses maux d'yeux, d'un doublement des objets par celui de ses yeux qu'il avait consacré au microscope. On lit dans les *Mémoires de E. A. Holyoke*, médecin de Salem, dans le New-Jersey, mort en 1829, à l'âge de cent ans, que dans les dernières années de sa vie, les objets placés à une certaine distance se multipliaient à ses yeux de manière à ce qu'il croyait voir quatre ou cinq lunes. Enfin dans une note ajoutée au mémoire de M. Prévost, M. Arago nous apprend que son œil gauche lui offre tous les phénomènes décrits par le professeur de Genève, mais avec quelques circonstances qui lui semblent ne pouvoir être rattachées qu'à des interférences. Il promet d'ailleurs de revenir sur ce sujet dans une autre occasion. (*Annales de Chimie et de Physique*, octobre 1832.

Pathologie.

Occlusion presque complète des veines pulmonaires, par une masse tuberculeuse dans les parois de l'oreillette gauche.—*Ob. par M. Townsend.* — John Lackin, âgé de 62 ans, entra à l'hôpital de Wilworth, le 18 décembre 1829, dans un état d'émaciation extrême, avec une toux sèche, continuelle et des plus pénibles. Cet homme, à l'exception de quelques rhumes, n'avait jamais été sérieusement malade, lorsqu'un an environ auparavant il commit l'imprudence de revêtir des vêtemens mouillés et il fut pris aussitôt d'une dyspnée violente, de fortes palpitations et d'une hémoptysie abondante qui persista pendant quinze jours et céda à l'emploi de fortes saignées. L'hémorrhagie pulmonaire ne se renouvella pas, mais la dyspnée et les palpitations reparurent à plusieurs reprises pendant l'hiver et le printemps de 1828. Pendant l'été sa santé se rétablit assez bien pour qu'il pût reprendre ses occupations; mais au commencement de l'hiver la respiration habituellement courte devint par fois extrêmement difficile, au point de faire craindre au malade de périr asphyxié. Ces paroxysmes de dyspnée paraissaient amenés par les vicissitudes atmosphériques, ou par des émotions vives. Malgré cet état de souffrance le malade n'avait jamais eu de frissons, ni de sueurs nocturnes ni de diarrhée. Au moment de son admission à l'hôpital, la gêne de la respiration était très-variable; pendant plusieurs jours de froid dans la première semaine de janvier, il se trouva si bien qu'il put descendre dans le jardin et s'y promener quelque temps; mais les temps humides qui suivirent, ramenèrent la gêne de la respiration; les accès de suffocation étaient si violens qu'ils ressemblaient aux plus fortes attaques d'asthme spas-

(1) *Rapports du physique et du moral de l'homme*; 2.e édit., t. I.er, page 525.

modique. Le pouls donnait 100 pulsations par minute, il était faible, très-mou, mais régulier. Les mouvemens du cœur étaient extrêmement faibles; à peine pouvait-on les entendre à l'aide du stéthoscope, et ils semblaient à une grande profondeur sous le sternum. L'action du cœur était plus appréciable à l'épigastre, mais le son et l'impulsion étaient si faibles dans toute son étendue qu'il était impossible de les analyser. La poitrine donnait un son mat à la percussion. On ne pouvait entendre la respiration dans le poumon gauche; à droite elle était puérile à deux pouces au-dessous de la clavicule et plus bas extrêmement faible et mêlée à du râle sous-crépitant. Le malade était alors obligé de se tenir assis soutenu par des oreillers, et vers le milieu de la nuit il éprouvait ordinairement un accès de suffocation des plus terribles. A la fin les forces l'abandonnèront tout-à-fait; la figure devint livide; les facultés intellectuelles s'affaiblirent et il mourut asphyxié après un séjour de cinq semaines à l'hôpital.

De tous les moyens qui furent mis en usage, la saignée seule sembla produire quelque soulagement momentané; mais on fut obligé d'y renoncer à cause de l'affaiblissement qui suivait la moindre évacuation de sang.

Examen du cadavre, 12 *heures après la mort*. A l'ouverture du thorax, les poumons remplissaient entièrement la cavité; leurs cellules superficielles étaient considérablement dilatées; ils adhéraient de chaque côté à la plèvre costale par un tissu semblable au cartilage par sa consistance et sa couleur. Ces organes paraissaient d'une couleur rouge foncée à l'intérieur et offraient une fluctuation très-manifeste et une pesanteur extraordinaire. En incisant le poumon gauche, il en sortit un jet de sang, comme si l'on eut fait une ouverture à un sac anévrysmal; il s'écoula ainsi au moins trois livres et demie de sang. Les veines pulmonaires dont ce sang sortait, offraient une capacité au moins quadruple de celle qu'elles ont dans l'état normal. En suivant les branches de ces veines jusqu'à la racine des poumons, on observa que la dilatation s'étendait uniformément depuis les plus petites ramifications jusqu'aux gros troncs, lesquels formaient en dehors de l'oreillette gauche deux larges poches. Le poumon droit offrait les mêmes altérations, mais à un moindre degré. En examinant le cœur on reconnut que la dilatation des veines pulmonaires et la congestion existant dans les poumons, étaient produites par la compression que ces vaisseaux éprouvaient à leur entrée dans l'oreillette gauche, dont les parois étaient converties en une masse solide de matière tuberculeuse de près d'un pouce d'épaisseur. Cette masse s'était développée entre les membranes externe et interne de l'oreillette, et par la pression qu'elle exerçait sur les veines pulmonaires, elle oblitérait leur calibre au point qu'on ne put qu'avec peine introduire une sonde dans l'oreillette par leur orifice. L'oreillette et le ventricule droits étaient fortement

dilatés; le cœur sous d'autres rapports était sain. Les glandes bronchiques étaient très-volumineuses et remplies de matière tuberculeuse; quelques tubercules miliaires existaient dans les poumons. Les viscères de l'abdomen étaient sains. (*The Dublin journal of the med. and chimical Sciences.* Janvier 1833.)

Syncope intermittente. — *Obs. par le docteur Richelot.* — Félicité Coudere, habitant depuis sa naissance un pays marécageux situé à 9 lieues de Bourges, en Berry, s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 23 ans et demi; l'appétit était bon, les alimens se digéraient bien, les règles n'avaient jamais éprouvé aucune altération, et les forces musculaires étaient assez développées pour qu'elle pût lutter avec avantage contre les hommes de son âge. Sa taille est ordinaire et son embonpoint a toujours été peu considérable. A 23 ans et demi, en faisant effort pour tirer un lit, elle sentit une vive douleur dans le côté gauche; le repos ne suffit pas pour la faire disparaître, la respiration en fut gênée, et au bout de deux jours on consulta un médecin qui fit placer 9 sangsues sur le point douloureux. Cette douleur ne cessa jamais complètement; de temps en temps elle devenait plus incommode, et s'exaspérait surtout par les exercices violens. Elle vécut ainsi pendant 6 mois sans que sa santé générale parut s'altérer d'une manière inquiétante; au bout de ce temps, elle commença à éprouver du malaise, des battemens à l'épigastre, une toux sèche et fatiguante, et bientôt eurent lieu les phénomènes nerveux que je vais décrire.

Le jour où sa maladie commença, elle n'avait pu déjeuner, pour une cause étrangère à sa santé, et cette abstinence forcée la fit souffrir beaucoup; elle dina sans appétit à six heures du soir, et trois heures après elle fut prise tout-à-coup d'une *attaque de nerfs* qui dura sans relâche jusqu'au lendemain soir, près de 24 heures. Plusieurs hommes réunirent inutilement leurs forces pour la contenir. Une toux qui semblait devoir la faire étouffer, se mêlait aux contractions violentes de tous ses muscles. Cette *attaque de nerfs* ne différa du reste des autres névroses semblables que par l'intensité des phénomènes morbides et par la longueur de l'accès; elle cessa au bout de 24 heures; la nuit fut bonne; mais dès le lendemain les accès nerveux se réglèrent; une *attaque* semblable commença à 8 heures du matin et dura jusqu'à midi, une 2e. la prit à 8 heures du soir pour cesser à minuit, et de ce moment deux accès eurent lieu régulièrement tous les jours aux heures et de la manière indiquées, et semblables en tous points. On mit en usage les antispasmodiques et les anti-hystériques sous toutes les formes, les lavemens, les bains, les sangsues aux cuisses et aux jambes, les vésicatoires aux bras, on prescrivit un régime sévère; on administra même le sulfate de quinine. On obtint si peu de succès de tous ces remèdes qu'au bout de quelques mois, les accès devinrent plus fréquens et augmentèrent encore de violence. Une douleur se fit sentir dans le genou gauche, et la jambe correspondante fut prise d'un

tremblement continuel; quelque temps après, la tête fut le siège de mouvemens désordonnés et involontaires. Au bout d'un an, la malade ne voulut plus faire aucun remède, et s'abandonna sans aucun soin à son malheureux sort. Dans l'intervalle des *attaques*, sa santé n'était pas mauvaise, elle dormait la nuit et pouvait manger modérément. Il est remarquable que jamais la menstruation ne s'est dérangée. Bientôt le rachis se courba. Cependant il s'opéra peu-à-peu dans la maladie une transformation importante. Les *attaques* continuèrent à devenir de plus en plus fréquentes, mais elles perdirent de leur violence et dégénérèrent en de véritables syncopes. Le rachiste redressa, les mouvemens désordonnés de la tête et de la jambe gauche disparurent, la malade put marcher sans boîter; en un mot son état devint moins pénible. Cette transformation eut lieu, environ 18 mois après la première *attaque*, et j'eus occasion de voir la malade 3 ans après. Je fus témoin plusieurs fois de ces syncopes. Elles avaient lieu alors huit fois dans les 24 heures : à 4 heures, à 6 heures, à 9 h. et à 11 h. du matin, puis à 4 heures, à 6 h., à 9 h. et 11 heures du soir. Dans l'intervalle d'onze heures du soir à 4 heures du matin, son sommeil était ordinairement bon. Voici comment ces syncopes ont lieu : Elle éprouve un malaise général et un resserrement à l'épigastre. Elle bâille, pâlit, sa voix s'éteint, puis ses forces s'anéantissent peu-à-peu jusqu'à la perte complète de tout mouvement volontaire; ses yeux se ferment, toutes les facultés sont suspendues et le pouls se ralentit un peu. Si on la laisse dans cet état, elle reste ainsi jusqu'à la syncope suivante; pour la ranimer, on frappe dans une de ses mains, et au bout de quelques minutes, elle commence à faire de légers mouvemens; puis elle se tord les membres, pousse quelques plaintes; des vents sortent abondamment de sa poitrine pendant 5 à 10 minutes, et enfin elle ouvre les yeux. Depuis les premiers bâillemens jusqu'au moment où elle reprend l'usage de ses sens, il s'écoule de 15 à 20 minutes.

Tel est l'état dans lequel elle vivait depuis 3 ans, quand je la vis pour la première fois. Dans cet espace de temps, elle eut une fluxion de poitrine qui dura 15 jours, mais qui ne modifia en rien les phénomènes nerveux ordinaires. A ces derniers s'ajoutaient de temps en temps la toux convulsive qu'elle avait éprouvée au commencement de sa maladie, et la sensation d'une boule qui lui semblait remonter vers la gorge. L'appétit était rarement bon, les digestions étaient très-pénibles et l'estomac très-douloureux. Cependant les alimens solides passaient assez facilement tandis que très-souvent les liquides étaient rejetés. Comme elle avait pris la résolution de ne plus se soigner, elle eut plusieurs indigestions qui la forcèrent à diminuer et à mieux choisir ses alimens. Grâce à cette précaution elle souffre peu dans l'intervalle de ses syncopes. Celles-ci sont beaucoup plus graves, et sa santé générale est beaucoup plus mauvaise lorsqu'elle a quelque chagrin, ou seulement lorsqu'elle est contrariée. Pour la première fois de sa vie

elle venait d'être prise d'une fièvre tierce qui suivait son cours indépendamment des autres phénomènes morbides. Malgré l'état de l'estomac, je prescrivis le sulfate de quinine à la fois pour couper la fièvre et pour voir quel serait l'influence de ce médicament sur la santé générale. Le résultat parut être satisfaisant; la fièvre disparut complètement et depuis ce moment les syncopes devinrent un peu moins longues, et celle d'onze heures du matin cessa d'avoir lieu, de sorte qu'au lieu de huit dans les 24 heures, elle n'en a plus que sept. Je ne sais jusqu'à quel point on peut attribuer cette amélioration légère à la faible dose de sulfate de quinine dont la malade fit usage; mais je pus au moins tenter cette médication sans en craindre de fâcheux résultats. Le moyen le plus sûr d'obtenir du succès de l'emploi de tout médicament et plus particulièrement du sulfate de quinine, c'est surtout de choisir le moment favorable pour son ingestion. Dans le cas curieux qui nous occupe, on peut à la rigueur reconnaître une maladie intermittente, offrant le type double quotidien. Le premier accès dure de 4 heures à 11 heures du matin, le 2e. de 4 heures à 11 heures du soir; ces accès correspondent aux *attaques de nerfs* dont ils ont pris la place, et se composent eux-mêmes d'un nombre fixe d'accès partiels qui tendent à se confondre en un seul, comme on a pu le voir plus haut, puisqu'on est obligé de frapper dans la main de la malade pour qu'une syncope ne se prolonge pas jusqu'à la suivante. Ainsi le moment de la rémission doit être pris entre 11 heures du matin et 4 heures du soir, entre 11 heures du soir et 4 heures du matin. D'après ces considérations, quelques mois après ma première visite, je prescrivis le sulfate de quinine à la dose de 8 grains deux fois par jour, la première dose devant être prise immédiatement après le dernier accès du matin, et la deuxième après l'accès d'onze heures du soir. La maladie avait alors 5 ans d'existence à partir de la première attaque de nerfs. Un régime très-sévère, la distraction, etc., furent prescrits; je lui conseillai surtout de faire ensorte qu'elle ne put jamais connaître l'heure; et de quitter l'habitude qu'elle avait contractée depuis long-tems, de préparer sa chaise longue, au moment où elle entend sonner l'heure fatale. Ces précautions et ce médicament n'eurent aucun résultat ni fâcheux, ni favorable; et la malade prompte à se décourager, refusa au bout de quelques jours de continuer à se traiter.

Fracture communicative de la machoire inférieure. — *Obs. par le docteur Richelot.* — Le nommé André, cocher, âgé de 58 ans, homme robuste quoique d'une taille ordinaire, se baissant derrière un de ses chevaux, reçut dans le visage un coup de pied qui le terrassa. Malgré la violence du coup, il put se relever et sortir de l'écurie pour chercher du secours. Deux médecins qui furent appellés immédiatement, ne purent arrêter l'écoulement du sang qui était considérable, et se contentèrent d'entourer sa tête d'un bandage appliqué à la hâte. Dans

cet état il fut placé sur un char-à-banc et ramené chez ses maîtres à deux lieues de là.

A son arrivée le visage était ecchymosé à un point extraordinaire, et tellement gonflé que ses paupières étaient fortement pressées l'une contre l'autre, et qu'on ne voyait plus à la place que deux lignes horisontales séparant de chaque côté deux bourrelets violets. Le pied du cheval avait porté sur la bouche; un morceau de la lèvre supérieure, en forme de demi-lune, large et profond de 8 lignes, avait été coupé net comme par un emporte-pièce; presque toutes les dents étaient arrachées ou ébranlées, quelques-unes flottaient dans la bouche, retenues par un lambeau long et mince. L'os maxillaire était fracturé du côté gauche, évidemment par contre-coup, tout près de la gouttière qui loge l'artère maxillaire externe. Les os maxillaires supérieurs semblaient avoir été repoussés en arrière, à en juger par la distance qui les séparait de la lèvre supérieure et par l'inclinaison en arrière du rebord alvéolaire supérieur. La bouche était pleine du sang qui n'avait pas cessé de couler depuis le moment de l'accident. Tels étaient le désordre et la douleur qu'aucune tentative de réduction n'était possible, et que l'introduction du doigt dans la bouche était insupportable au blessé, homme d'ailleurs plein de vigueur et de courage.

Il fut impossible de saisir la bouche artérielle qui donnait tant de sang; le renversement en bas et en arrière du rebord alvéolaire supérieur ne permettait aucune compression efficace sur la lèvre entamée. Je soutins la mâchoire inférieure avec un bandage peu serré, et je fis passer quelques tours de bande au-dessous du nez, tant pour rapprocher les bords de la plaie que pour agir sur l'artère labiale supérieure, d'où je supposais que provenait l'hémorrhagie. La nuit fut assez calme; le sang cessa de couler vers le matin; mais le gonflement du visage, la sensibilité des parties étaient toujours les mêmes; le malade ne voulut souffrir aucun bandage et je n'obtins qu'avec peine de soutenir sa mâchoire inférieure avec un simple bout de bande. Le lendemain et le surlendemain de l'accident, le malade éprouva des douleurs très-vives dans le lieu de la fracture, le pouls s'éleva. Quant aux facultés intellectuelles, elles ne furent jamais troublées. Le 3e jour, 6 sangsues furent appliquées de chaque côté du cou, elles apportèrent du soulagement et hâtèrent la résolution de l'échymose qui occupait tout le visage; le 4me. jour, les yeux étaient ouverts; les tentatives de réduction causaient des douleurs si vives, que rien ne put décider le malade à permettre qu'on affrontât les fragmens de l'os brisé. Il fallut se borner à soutenir le menton. Dès que le retour de l'hémorrhagie n'avait plus été à craindre, on avait nettoyé l'intérieur de la bouche à l'aide d'injections d'eau tiède. Bientôt une suppuration claire et extrêmement fétide se forma de divers points de l'intérieur de la bouche, qui se rem-

plissait à chaque instant, ce qui exigea des soins continuels de propreté. Pendant 15 jours, le malade ne sortit pas de son lit, ne put rien avaler, ayant refusé de faire usage de la sonde œsophagienne, ne voulut souffrir qu'une simple bande sous le menton et s'opposa à la réduction de la mâchoire. Toute sa nourriture consista dans quelques verres de tisane d'orge qu'il faisait couler dans son gosier avec beaucoup de peine. A cette époque la suppuration était moins abondante, moins fétide et plus épaisse; elle remplissait moins souvent la bouche et coulait aussi par le nez. La plaie de la lèvre supérieure s'était cicatrisée d'elle-même par rapprochement de ses bords, et n'offrait plus qu'une ligne verticale semblable à celle qui résulte de l'opération du bec-de-lièvre; la lèvre supérieure était légèrement froncée auprès du nez. Les douleurs étaient beaucoup moins fortes. Je procédai ce jour-là à la réduction de la fracture qui fut maintenue par un bandage assez serré. Malgré mes recommandations, le malade ne put se condamner à un silence absolu, ni se résoudre à faire usage du tube œsophagien. Il avalait du bouillon en renversant la tête en arrière et en le versant dans sa bouche comme dans un entonnoir à l'aide d'une cuiller. Au bout de quatre jours il ne pouvait plus supporter son bandage, il fallut le desserrer. Déjà alors il y avait un commencement de consolidation, et 15 jours plus tard cette consolidation était si complète que je pus, avec la clef de Garengeot, arracher une molaire d'en bas du côté droit qui causait des douleurs très-vives en portant sur la gencive supérieure. Il se nourrissait déjà de soupes, bouillies, etc. Deux mois et demi après son accident, il montait à cheval et se portait très-bien. Le fragment antérieur de la mâchoire a glissé un peu au-dessous du fragment supérieur, ce qui doit être attribué à l'indocilité du malade; le menton devrait par là se trouver un peu en arrière, et cependant il s'avance beaucoup au devant de la mâchoire supérieure, ce qui fait que les rebords alvéolaires supérieur et inférieurs ne se correspondent plus. De temps en temps, le malade enlève des fragmens d'os nécrosés qui se détachent des os maxillaires supérieur et inférieur.

On peut trouver étonnant qu'un coup aussi violent dans le visage, accompagné de tant de désordre et suivi d'une suppuration si abondante et si fétide, n'ait donné lieu à aucun accident grave, et que les fragmens de l'os brisés se soient soudés si promptement, malgré les mouvemens que leur imprimait le malade en parlant et en buvant, car on doit se rappeler qu'ils n'ont été affrontés qu'au bout de 15 jours et qu'ils n'ont été maintenus solidement que 4 jours. Le fer du cheval qui avait coupé une partie de la lèvre supérieure, avait porté avec beaucoup de force contre la mâchoire correspondante, comme on peut en juger par l'absence des dents de devant, par la suppuration de nature peu douteuse qui pleuvait de toute part dans la bouche et par les

esquilles qui s'en sont détachées; cependant aucun ébranlement du cerveau n'a été appréciable, et cette mâchoire supérieure n'offre plus de traces de lésion, à moins qu'on n'admette que les os maxillaires supérieurs ont été repoussés en arrière relativement aux autres os du visage.

Les apparences sont tout-à-fait favorables à cette opinion. En effet, la mâchoire inférieure déborde notablement la supérieure en avant, disposition qui n'existait point avant l'accident et qui devait exister encore moins après la guérison, à cause du chevauchement du fragment antérieur sous le postérieur. La mâchoire supérieure paraît déprimée, les pommettes sont beaucoup plus saillantes qu'elles ne l'étaient auparavant, et le nez est déjeté à droite, côté opposé à la lèvre supérieure, ce qui change complètement la physionomie de cet homme; enfin en promenant le doigt sous la voûte palatine, on sent une convexité à son milieu.

Je ferai aussi remarquer cette plaie avec perte de la lèvre supérieure, qui s'est réunie sans qu'on ait pris aucun moyen pour rapprocher les bords, qui pourtant étaient distans de 6 à 8 lignes.

Thérapeutique.

Ptyalisme guéri par l'opium; *par le docteur Graves.* — Une femme de moyen âge, d'une constitution délicate, avait eu, pendant longtemps une abondante leucorrhée, qui avait disparu presque soudainement, sans cause appréciable. Cette suppression fut suivie d'une légère anasarque qui fut dissipée par l'emploi des diurétiques et des purgatifs; mais cette femme demeura dans un mauvais état de santé, souffrant de l'estomac, et tourmentée par des vomissemens opiniâtres. Au bout d'un mois, ce dernier symptôme disparut tout-à-coup et fut remplacé par une abondante salivation qui ne fut modifiée par aucun des purgatifs et des gargarismes astringens ou autres dont on fit usage. Dans l'espace de vingt-quatre heures, elle crachait plus d'une pinte et demie de liquide; c'était une mucosité blanchâtre et visqueuse, qui était sécrétée par la membrane muqueuse de l'isthme du gosier et de la région postérieure du pharynx, d'où elle était amenée dans la bouche par un effort renouvellé toutes les deux ou trois minutes, presque sans interruption le jour et la nuit, ce qui fatiguait beaucoup la malade, en la privant du sommeil. Le pharynx examiné offrait une couleur pâle; les parois en paraissaient molles et relâchées, malgré l'irritation produite continuellement par la grande quantité de mucosités qui remplissait la bouche; aucune douleur ne s'y faisait sentir, aucune trace d'inflammation ne s'y montrait. Les organes salivaires n'entraient pour rien dans la maladie et ne secrétaient pas plus qu'à l'état normal. L'appétit était mauvais, la peau sèche et le visage était amaigri. — Les bons effets de l'opium, dans plusieurs cas de sécrétions morbides, comme le diabétès, la diarrhée, quelques hydropisies,

engagèrent le docteur Graves à y recourir pour le cas difficile qui nous occupe, et il prescrivit à sa malade un grain d'opium de quatre heures en quatre heures. La nuit même qui suivit, elle dormit très-bien et à son réveil elle ne crachait plus. Les mêmes pilules furent continuées pendant quelques jours; puis il fallut en augmenter la dose, à cause d'une légère récidive. Malheureusement, l'opium donna lieu à une constipation qui força d'en suspendre l'emploi. Néanmoins, l'état de la malade s'est amélioré d'une manière remarquable; la sécrétion morbide est considérablement diminuée; et l'opium ne manque jamais, toutes les fois qu'elle y a recours, de la détruire presque entièrement.— Le docteur Graves n'aurait peut-être pas dû appliquer à ce cas intéressant sous plus d'un rapport, les noms de ptyalisme et de salivation, puisque les glandes salivaires n'étaient pour rien dans la maladie. (*Dublin, Journ. of the Med. and Chim. sciences.*)

Emploi de l'extrait de l'écorce de racine de grenadier contre le tœnia; *par le docteur Léop. Deslandes.* — On n'avait employé que deux préparations de cette racine, la poudre et surtout la décoction; M. L. D. en a expérimenté une troisième, l'extrait. Ce médecin a été conduit à faire choix de cette préparation, pour des personnes qui répugnaient à prendre la décoction ou qui la vomissaient. Ne sachant d'abord à quelle dose employer l'extrait, il résolut d'en donner la quantité absolue que deux onces d'écorce sèche peuvent en fournir, traitées par l'alcohol et l'eau, quantité qui allait au-delà de quatre gros par l'alcohol, et de deux gros à l'eau. Un électuaire fut formulé qui contenait tous ces principes extractifs. On le prenait en trois ou quatre fois dans du pain azyme. Les malades prirent sans peine cette masse un peu forte. Les effets de cet électuaire, tant sur l'appareil digestif que sur les autres organes, furent exactement les mêmes que ceux que l'on aurait dû obtenir par la décoction. Quant à l'action tœnifuge, voici ce que M. L. D. observa : sur quatre fois que cet électuaire fut donné, il fut suivi de succès dans trois cas. Le sujet du quatrième, était une dame, chez laquelle la décoction échoua deux fois et dont le tœnia n'a été définitivement expulsé que par l'extrait alcoholique.

Ce dernier extrait fut employé en potion, d'abord dans un cas d'ascarides vermiculaires, chez une dame qui éprouvait d'excessives incommodités de ces vers. Il lui fut prescrit la potion suivante, qu'elle devait prendre en deux fois et à un quart d'heure de distance. ℞ Eau de tilleul; suc de citron, anà trois onces; gom. adragant, q. s.; extr. alcohol. d'écorc. de rac. de grenadier, six gros. Cette potion provoqua plusieurs garde-robes, et l'expulsion d'un nombre considérable d'ascarides vermiculaires. Depuis ce moment, cette dame qui précédemment en rendait chaque jour, à chaque instant, même sans aller à la selle, n'en avait plus revu un seul, les symptômes qu'ils lui causaient s'étaient dissipés.

Le même extrait fut employé dans deux cas de tœnia. Une jeune dame,

pleine de fraîcheur, avait une haleine excessivement fétide. Je cherchais en vain, dit M. L. D., la cause de cette infirmité, quand la malade m'apprit que depuis environ quatre mois elle rendait, dans les selles, des fragmens de vers plats : la potion précédente lui fut prescrite ; mais cette potion, que la gomme adragant rendait un peu épaisse, fut repoussée par l'estomac. Le lendemain, elle fut reprise ; mais au lieu de l'être en deux fois, elle le fut en quatre. Ainsi fractionnée, elle n'excita pas de vomissemens, et un tœnia entier de 13 pieds fut rendu en deux fragmens ; le premier après la deuxième prise, et le second après la troisième. Quant aux autres effets, ils n'offrirent rien de remarquable ; c'était comme lorsqu'on donne la décoction, quelques douleurs dans le ventre et plusieurs garde-robes. Il y eut vertiges et défaillance au moment de l'expulsion de la seconde portion du tœnia.

L'autre cas dans lequel fut employé l'extrait alcoholique, fut celui de la dame chez laquelle l'extrait alcoholique et aqueux avait échoué. Cette dame rendait chaque jour et depuis long-temps des articulations de tœnia. La décoction à deux onces avait été employée en vain ; soit par l'influence de la constitution cholérique, soit par la présence d'un tœnia, ou par ces deux causes à la fois, elle éprouvait des douleurs variées dans l'abdomen, dans les membres et particulièrement dans les membres pelviens, un délabrement des fonctions digestives et une foule de symptômes variables. L'électuaire fait avec les extraits alcoholique et aqueux produisit des évacuations nombreuses, des coliques et beaucoup de fatigue, sans faire rendre une seule articulation de ver. Après huit jours de repos et de régime, pendant lesquels la malade rendit chaque jour des fragmens, il lui fut administré de nouveau la décoction, mais avec deux onces et demie d'écorce. L'effet fut pour le moins aussi intense que celui de l'électuaire, et cependant point de tœnia. Au bout de quelques mois, pendant lesquels la malade ne cessa de souffrir, elle revint consulter le docteur L. D. qui en prescrivit une semblable à celle qui avait été employée dans les cas précédens. Cette potion ayant été en partie rejetée, on lui substitua la suivante : ♃ Eau de menthe, de tilleul, suc de citron, ana. 2 onces ; extr. alcoholique d'écorce de rac. de grenadier, 6 gros. L'absence de gomme qui faisait que la potion était beaucoup moins épaisse que la précédente, l'addition de l'eau de menthe, pouvaient faire espérer que le vomissement serait prévenu. La malade devait la prendre en quatre fois et à une heure de distance. Le vomissement n'eut pas lieu, mais les évacuations alvines, les douleurs abdominales et les spasmes des extrémités inférieures furent tels que la malade s'arrêta après la deuxième prise. Cela n'empêcha pas l'expulsion du tœnia qui eut lieu quelques heures après. Le ver était entier et avait 20 pieds de long. La santé de la malade ne fut que peu améliorée par cette expulsion. Ce fait montre que trois gros d'extrait alcoholique ont suffi

pour chasser un tœnia qui avait résisté à la décoction. Quant à l'énergie des effets qu'ils produisirent, on ne peut les attribuer qu'à la susceptibilité de la malade, puisque de pareils accidens avaient eu lieu avec d'autres préparations de grenadier. — L'auteur de ces observations fait remarquer que ce que l'on a dit de l'infériorité de l'écorce sèche est peu fondé, puisque les extraits ont été préparés avec elle. (*Bullet. de thérap.* T. IV, I.er livr.)

Emploi de la marchante hémisphérique dans le traitement de certaines hydropisies; *par Th. Shortt, médecin de l'Infirmerie royale d'Edimbourg.* — Les affections hydropiques sont symptômatiques de tant de causes différentes, que, malgré la grande variété des moyens employés pour les combattre, elles sont ordinairement plus souvent funestes que d'autres maladies, en raison de leur longue durée dans beaucoup de cas, et parce qu'elles sont en général liées à des altérations organiques très-graves des viscères, altérations qui apportent des obstacles à la libre circulation du sang. Certains cas de cette nature ne sont susceptibles que d'un soulagement temporaire; mais dans d'autres le liquide peut être expulsé au dehors, et la vie du malade prolongée d'une manière remarquable. M. Shortt ayant fréquemment reconnu l'inefficacité des moyens employés en général dans le traitement de l'hydropisie, et ayant même reconnu les mauvais effets du mercure et de la digitale chez certaines personnes, celles surtout d'une constitution scrofuleuse, résolut d'essayer l'emploi de la *Marchante hémisphérique*, remède populaire en Irlande contre les maladies de cette nature, et dont il avait entendu vanter les bons effets par une personne qui avait eu personnellement l'occasion de les observer.

La Marchante hémisphérique (*Marchantia hemispherica*) appartient à la famille naturelle des Hépatiques, et croît dans presque toutes les contrées de l'Europe, dans les lieux humides et ombragés et sur le bord des rivières; on la trouve dans toutes les saisons de l'année, mais on suppose qu'elle est dans sa plus grande vigueur vers la fin de l'automne. « Depuis plusieurs années, dit M. Shortt, j'emploie cette plante dans les hydropisies. Dans un grand nombre de cas elle a produit des effets réellement surprenans; mais, comme les autres diurétiques, elle a échoué dans quelques circonstances. Je ne l'ai guère administrée en décoction; ses effets à l'intérieur m'ont semblé peu satisfaisans; mais employée à l'extérieur sous forme de cataplasmes, je la regarde comme d'une haute importance. On prépare ces cataplasmes en jetant environ deux grandes poignées de la plante fraîche, lavée avec soin, dans un vase contenant à peu près un litre d'eau bouillante, qu'on laisse bouilloter près du feu pendant douze heures, en ayant soin d'ajouter de l'eau si cela est nécessaire. On réduit ensuite en pulpe la plante cuite, et on y ajoute de la farine de graine de lin en quantité suffisante pour l'amener à consistance de cataplasme. On étend

cette bouillie sur un morceau de flanelle, on l'applique sur l'abdomen, et on maintient le tout à l'aide d'un bandage un peu serré. On peut aussi appliquer ces cataplasmes aux jambes, si l'anasarque n'existe que dans ces parties. Ces topiques produisent en général une transpiration générale des plus abondantes, et en même temps agissent puissamment sur les reins. Chez quelques personnes d'une faible constitution, l'emploi de ce moyen détermine quelquefois un sentiment de défaillance et d'épuisement; mais je n'ai jamais observé d'autres mauvais effets. Je n'ai jamais administré aucun médicament à l'intérieur pendant l'application de ces cataplasmes; seulement, lorsque la faiblesse me paraissait très-grande, j'ai eu recours, pour relever les forces, à quelques doses très-faibles d'acide nitrique alcoholisé. Les boissons tièdes et abondantes paraissent favoriser singulièrement l'action du médicament qui nous occupe; celles que j'emploie de préférence sont le bouillon coupé très-faible, ou le bouillon de poulet, qui ont l'avantage de soutenir les forces des malades qui ordinairement sont très-faibles. J'ai observé que les opiacés étaient tous nuisibles. Pour favoriser l'action, j'emploie encore les vêtemens chauds, et je fais rester les malades au lit tant que le cataplasme reste appliqué. J'ajouterai que ce moyen m'a semblé le mieux réussir dans les cas dans lesquels les autres moyens de traitement ont été employés pendant long-temps, et sans succès, probablement à cause de l'état d'irritation des reins, et dans ceux où l'urine très-haute en couleur et très-chargée, laisse déposer un sédiment abondant, et cependant devient claire lorsqu'on la fait chauffer. Cependant j'en ai obtenu aussi de très-bons effets dans les cas où l'urine coagulait par la chaleur, ce qui indique, comme on sait, qu'il y a une maladie organique des reins. »

L'auteur rapporte ensuite huit observations d'hydropisies traitées par les cataplasmes de Marchante hémisphérique. Nous allons en présenter les points principaux.

I.re *Obs.* — E. T., âgée de 44 ans, d'une constitution scrofuleuse, d'une maigreur extrême, était affectée d'une ascite considérable: une éruption très-abondante couvrait les bras et le tronc; la malade se plaignait de coliques vives; le ventre était resserré, le pouls petit et fréquent. Elle avait quelque temps auparavant été traitée par les mercuriaux, dont elle avait pris de larges et nombreuses doses. L'urine était rare et coagulable par la chaleur; l'acétate de potasse et d'autres diurétiques avaient échoué. Le 20 septembre, on appliqua sur l'abdomen un cataplasme de Marchante hémisphérique, dont l'action sur les reins se manifesta pendant la nuit. Dans les neuf jours suivans, soixante-quatorze livres et demie d'urine furent évacuées, ce qui donne un terme moyen de huit livres par jour. Le cataplasme ayant donné lieu à une grande faiblesse, on en cessa l'emploi; mais la quantité d'urine ne tarda pas à diminuer, et on fut obligé d'y revenir le 24 oc-

tobre. Les applications furent continuées jusqu'au 12 novembre, c'est-à-dire pendant dix-huit jours, pendant lesquels la malade rendit 196 livres d'urine, ou environ onze livres par jour. On cessa de nouveau les cataplasmes, et on revint à son emploi le 23 novembre, et on continua à divers intervalles pendant un mois. Dans cet espace de temps, 256 livres d'urine furent évacuées, ce qui donne huit livres et demie par jour. A cette époque, tous les symptômes de l'hydropisie avaient complètement disparu.

IIe *Obs.* — J. A. présentait une anasarque générale et très-considérable, dépendant d'une maladie du cœur. Les diurétiques sous toutes les formes avaient été employés sans succès ainsi que les purgatifs. La quantité d'urine rendue fut de 250 livres, soit 12 livres par jour. A cette époque, il survint une diarrhée légère qui disparut promptement, et la guérison fut complète.

IIIe *Obs.* — J. S., âgé de 50 ans, adonné à l'usage immodéré des liqueurs spiritueuses, était affecté d'une ascite avec gonflement œdémateux des jambes. Quelques symptômes d'irritation du tube digestif existaient. L'urine peu abondante coagulait par la chaleur. Après avoir essayé vainement les purgatifs et les diurétiques, on eut recours au cataplasme de Marchante. Du 29 septembre au 26 octobre, c'est-à-dire en vingt-neuf jours, 369 livres d'urine furent rendues, soit 10 livres et demie par jour. Le malade sortit guéri de l'hôpital.

IVe *Obs.* — M. M., âgée de 30 ans, menant une vie dissolue, fut prise d'une hydropisie générale paraissant tenir à une altération organique des viscères abdominaux. Le mercure, la scille, la digitale et la crême de tartre fut mis en usage sans aucun succès. Le cataplasme diurétique fit disparaître tous les symptômes de l'hydropisie, et depuis trois ans la guérison ne s'est pas démentie. A deux reprises différentes, pendant la maladie, l'urine a été supprimée entièrement pendant plus de soixante-dix heures, et cette suppression s'est accompagnée d'un état de stupeur et d'une gêne extrême de la respiration, que ni les saignées, ni les purgatifs, ni les vésicatoires, ne purent vaincre; l'application des cataplasmes diurétiques rétablit à chaque fois la sécrétion de l'urine et fit cesser les symptômes. L'urine, dans ce cas, était coagulable par la chaleur.

Ve *Obs.* — J. W., âgé d'environ 40 ans, fut pris d'une hydropisie à la suite d'un refroidissement. Les diurétiques et les purgatifs restèrent sans effet; mais quelques applications du cataplasme en question produisirent une abondante transpiration et une diurèse des plus copieuses, et la guérison fut complète.

VIe *Obs.* — A. C., âgé d'environ 50 ans, d'une bonne constitution, mais adonné à la boisson, devint hydropique; ayant appris la guérison du sujet de l'observation précédente, il mit en usage le cataplasme de Marchante, et fut guéri en dix jours.

Les deux observations suivantes ont été recueillies dans l'Inde par M. Stephenson, chirurgien du 13e régiment de dragons, et communiquées à M. Shortt.

VII.e *Obs.* — P. M., soldat du 2e bataillon d'infanterie, était atteint d'une hydropisie. Les officiers de santé de son corps le regardaient comme sans espoir de guérison. L'application des cataplasmes diurétiques donnèrent lieu à d'abondantes évacuations d'urine; les symptômes disparurent graduellement, et cet homme put reprendre son service parfaitement guéri.

VIII.e *Obs.* — P., sergent du même corps, affecté d'hydropisie, avait été traité par les diurétiques sous toutes les formes. Le cataplasme de Marchante produisit chez lui une amélioration telle, que cet homme put reprendre du service dans un autre corps, et qu'il fut trouvé propre au service.

« J'aurais pu, dit M. Shortt en terminant, rapporter un plus grand nombre d'observations constatant les effets diurétiques de la Marchante hémisphérique; mais j'ai pensé que celles que j'ai mises sous les yeux des lecteurs suffisaient pour ne laisser aucun doute à cet égard. Je dois dire cependant que cette plante n'est pas plus un spécifique que les autres diurétiques; mais comme elle m'a réussi dans un grand nombre de cas où les autres moyens avaient échoué, j'ai cru devoir appeler sur son emploi l'attention des praticiens. (*The Edimburgh med. and surg. Journal*; janvier 1833.)

Académie royale de Médecine. (Janvier 1833.)

Séance du 2 janvier. — M. Hamon, directeur de l'école vétérinaire d'Abouzabel, est élu membre correspondant de l'Académie.

Caloriducteur. — M. Thillaye lit en son nom et à celui de MM. Réveillé-Parise et Guéneau de Mussy, un rapport sur un appareil destiné à conduire le calorique et proposé par M. Cellier, de Clermont en Auvergne. Cet appareil, composé de trois pièces que l'ont peut employer ensemble ou séparément, peut être utilement employé dans les cas d'asphyxie et de refroidissement par le choléra. On peut environner le malade de chaleur, l'appliquer dans tous les sens, ou ne l'appliquer que sur les points déterminés. Le seul inconvénient que présente cet appareil, selon le rapporteur, est la difficulté d'échauffer promptement les vingt-cinq livres d'eau qu'il peut contenir. Le commission propose à l'inventeur de substituer la vapeur d'eau à l'eau chaude, ce qu'il serait facile de faire par le moyen d'une lampe à l'alcohol et d'un ou de deux récipients de grandeur convenable. Le rapporteur conclut

à ce que l'Académie répondo au Ministre des travaux publics qui l'a consultée sur cet objet, que l'appareil remplit les conditions pour lesquelles il a été imaginé. La conclusion est adoptée.

Révulsifs dans les maladies de poitrine. — M. Bousquet donne lecture d'un rapport sur un mémoire adressé par M. Dubourg, intitulé: *Recherches cliniques sur l'emploi des révulsifs externes dans le traitement des inflammations aiguës des organes respiratoires.* M. Dubourg divise les révulsifs en deux classes : les uns augmentent la chaleur de la peau : tels sont les sinapismes, les ventouses sèches, les vésicatoires; les autres, tels que les sangsues et les ventouses scarifiées, dégorgent le système capillaire. L'auteur rapporte ensuite les observations particulières qu'il a recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Serres, et d'où il déduit certaines règles générales que suivra le praticien toutes les fois qu'il croira devoir recourir à ces moyens, dans les phlegmasies de la poitrine. Il prend pour seul guide dans l'emploi des révulsifs les symptômes locaux. La plupart des malades observés par lui ont guéri. Le rapporteur n'attaque pas ces règles qui ne sont que des conclusions rigoureusement déduites des faits; mais il pense qu'elles ne peuvent pas être considérées comme immuables, parce que, appliquées à des maladies en apparence toutes semblables, elles pourraient être nuisibles; car sous une similitude apparente les maladies cachent un caractère différent et veulent un tout autre moyen de traitement. Ainsi tel praticien traite ces maladies par l'émétique, tel autre par les évacuations sanguines, M. Dubourg par les révulsifs, et tous ont réussi à peu près dans les mêmes proportions. M. Bousquet explique ces résultats par la diversité que le régime, les idiosyncrasies, et surtout les constitutions médicales impriment aux mêmes maladies. Après quelques considérations sur le caractère fixe ou mobile des phlegmasies, le rapporteur conclut à ce qu'on remercie M. Dubourg, et que son mémoire soit déposé aux Archives.

M. Bouillaud demande au rapporteur d'indiquer à quels signes on peut reconnaître que, dans telle maladie de poitrine, ce sont les vésicatoires qu'il convient d'employer, ou bien les saignées ou enfin l'émétique. Il croit avoir remarqué que l'honorable membre exagère l'influence des constitutions médicales. Il pense, enfin, qu'il reste toujours, quelle que soit la constitution, un fond de traitement le même, sauf quelques modifications. M. Bousquet répond que, quoique cette distinction soit souvent très-difficile, il n'en reste pas moins vrai que les mêmes moyens ne réussissent pas toujours dans les mêmes maladies, et il s'appuie sur plusieurs exemples. M. Emery soutient l'influence des constitutions médicales; il croyait, dit-il, que ce mot était une *vérité médicale.* Il cite, à l'appui de son opinion, l'hôpital Saint-Louis, où il règne des érysipèles à la face sur lesquels la saignée n'a aucune action, et qui guérissent comme par enchantement par l'ad-

ministration de l'ipécacuanha. Quelques autres membres prennent part à cette discussion que M. Bouillaud termine en déclarant qu'il ne s'est pas prononcé d'une manière absolue contre les constitutions médicales, et qu'il n'a voulu que s'élever contre l'exagération qu'on est porté à faire de ce mot.

Séance du 8 janvier. — Choléra-morbus. — M. Bailly donne lecture de la troisième partie de son travail sur le choléra-morbus. Il pense que le flux qu'il désigne sous le nom de *collathrée lymphatique*, est le symptôme essentiel et nécessaire de cette maladie, et que ce flux n'existant pas, la maladie, quels que soient les autres symptômes qui se présentent, n'est plus le choléra ; d'où il suit que le choléra *sec*, s'il existe, n'est pas le choléra indien.

Une vive discussion s'élève sur ce point. M. Girardin dit avoir rencontré deux cas de cette nature, qui auraient pu faire croire à l'existence du *choléra sec*, l'un à Revel et l'autre à Breslau. Le premier est celui d'un jeune homme qui mourut, après avoir présenté tous les symptômes du choléra, mais qui n'avait vomi que peu de matières et qui n'avait pas eu d'évacuations alvines. Mais comme l'ouverture du cadavre n'a pu être faite, M. Girardin regarde ce cas comme équivoque. Le second, selon lui, ne l'est pas ; c'est celui d'un autre jeune homme qui succomba très-rapidement, sans avoir éprouvé d'évacuations, mais à la suite de tous les autres symptômes de la maladie. A l'ouverture du cadavre, on trouva que l'estomac ne contenait que peu de liquide cholérique, mais que les intestins en étaient remplis. En recherchant pourquoi ce liquide n'avait pas été évacué, on découvrit que le rectum, dans une étendue de trois ou quatre pouces, était tellement resserré, qu'on n'aurait pu y faire pénétrer un tuyau de plume.

M. Adelon demande quelle était la nature du liquide contenu dans les intestins ; si la constriction du rectum n'était pas antérieure au choléra, et s'il n'a vu que ces deux cas de choléra sec. M. Girardin répond que la matière vomie et celle que contenait les intestins étaient d'apparence cholérique, et que le resserrement du rectum lui paraît être l'effet d'un état tétanique ; car, avant la maladie, le jeune homme jouissait d'une santé parfaite.

M. Bally fait observer que ces faits viennent à l'appui de son opinion ; car il y avait, dans ces deux cas, sécrétion abondante de liquide qui occupait les intestins. Il assure que, dans toutes les ouvertures de cadavres qu'il a faites, il a constamment trouvé les intestins contenant une quantité remarquable de ce liquide, et que si, dans trois ou quatre cas, les malades n'ont pas eu d'évacuations abondantes, il a observé que, après une quinzaine de jours ou un mois et même pendant la convalescence, ces individus ont rendu par les selles des pelotons de matières blanches et solides. Après quelques autres observations faites par quelques autres membres, M. Rochoux dit que de ces faits,

il croit pouvoir conclure qu'il n'y a pas de choléra sec et qu'il n'y a pas de choléra sans altération de tissu.

MALADIES DE L'UTÉRUS. — M. Hervez de Chégoin lit, en son nom et à celui de MM. Marc et Husson, un rapport sur un mémoire de M. Meslier, intitulé : *Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice et sur quelques modifications au* speculum uteri.

M. Meslier propose de remplir le cylindre creux du *speculum* d'un autre cylindre plein en ébène, terminé par un cône qui déborde, et qu'on présente le premier à l'entrée du vagin. En outre, le *speculum* porte à son extrémité inférieure une branche mobile propre à recevoir une bougie destinée à éclairer l'intérieur de l'instrument. Il est d'avis qu'on doit panser tous les jours les ulcérations du col de la matrice comme on panse les plaies ordinaires ; son *speculum* lui donne à cet égard de grandes facilités. Il veut que l'on prolonge les effets des injections en les transformant en bains locaux ou en fomentations, par la rétention du liquide médicamenteux dans le *speculum* ou en le remplissant de charpie imbibée de ce liquide. Comme les injections ne pénètrent pas en général jusqu'au col de l'organe, M. Meslier a fait percer son *speculum* d'une infinité de petits trous qui le font ressembler à un arrosoir. L'auteur parle encore d'une inflammation propre à l'orifice et au col de la matrice, qui peut produire la stérilité et gagner le corps de l'organe, les trompes et les ovaires. Il propose d'associer aux saignées locales et aux fondans employés en général pour combattre cette maladie bien connue des praticiens, des injections émollientes. M. le rapporteur fait quelques objections sur l'emploi de l'instrument de M. Meslier ; il pense que la pression continuelle de son rebord sur le col malade doit occasionner de la douleur, etc. Il ne regarde pas la méthode de traitement proposée par l'auteur comme nouvelle ; mais il pense que son travail n'en mérite pas moins l'attention de l'Académie, et il en propose le renvoi à la Commission de publication. Les conclusions de ce rapport sont adoptées après une discussion à laquelle prennent part MM. Deneux, Capuron, Emery et quelques autres.

Séance du 15 février. — Sur la question proposée par M. Bourdois de la Mothe, de savoir si, à une seconde ou à une troisième élection, les candidats, qui se sont présentés pour la première sont obligés d'adresser une demande, ou bien s'ils peuvent ou s'ils doivent être maintenus sur la liste, l'Académie décide qu'à chaque fois il faudra une nouvelle demande expresse.

INSTINCT DANS L'ESPÈCE HUMAINE. — M. Bouillaud lit un rapport sur un mémoire de M. Dubois, d'Amiens, intitulé : *de l'Instinct et des déterminations instinctives dans l'espèce humaine.* Le rapporteur, après avoir fait l'éloge du mémoire de M. Dubois, conclut à ce qu'il soit renvoyé au Comité de publication. Le rapport et les conclusions sont adoptés après quelques observations critiques de M. Castel.

Trachéotomie. — M. Maingault donne lecture de quelques remarques sur la question qu'il a déjà traitée et relative à l'utilité des caustiques portés dans la trachée et à l'opération de la trachéotomie elle-même qu'il pense devoir être pratiquée par une ouverture qu'on aggrandit successivement, et si, assure-t-il, M. Bretonneau a fait autrement, c'est que la suffocation était imminente. — M. Velpeau répond à M. Maingault que la suffocation par l'introduction brusque de l'air dans la trachée n'est pas prouvée ; qu'on a tort de croire que la mort soit arrivée de cette manière dans les malades opérés par M. Bretonneau, qu'ainsi l'ouverture graduellement aggrandie est inutile, et qu'il vaut mieux la faire promptement et largement. Il est vrai que sur quatorze sujets opérés de cette manière quatre seulement ont été guéris ; mais c'est beaucoup si l'on considère l'état désespéré des malades ; d'un autre côté les dix morts ont eu lieu à une époque où M. Bretonneau ignorait s'il fallait faire une grande ouverture ; jusqu'alors on croyait suffisant de faire une incision assez large pour admettre une petite canule ou un tuyau de plume ; mais une ouverture de cette grandeur ne suffit pas pour respirer, comme il est facile de le prouver en introduisant un tube de ce volume dans une des narines et en fermant hermétiquement l'autre ; à peine si l'on peut respirer ainsi une demi-heure. Quant à l'emploi des topiques que M. Maingault regarde comme inutiles sinon nuisibles, M. Velpeau fait observer que quatre cas de succès obtenus par M. Bretonneau et un cinquième observé par M. Trousseau, répondent suffisamment en leur faveur. M. Bretonneau n'introduit la solution de nitrate d'argent dans la trachée qu'à l'aide d'une très-petite éponge qu'il faut presser légèrement pour que le liquide s'en échappe, et il pense que la cautérisation ainsi opérée change le mode de phlegmasie, comme on voit que cela a lieu lorsqu'on applique convenablement le nitrate d'argent solide aux membranes de l'arrière-gorge dans l'angine couenneuse. Il en est de même pour l'alun insufflé dans la trachée. Après quelques observations de M. Maingault en réponse à l'argumentation de M. Velpeau, la discussion est close.

Utérus bilobé. — M. Moreau rapporte l'histoire d'une femme qu'il a observée à la Maternité. Cette femme portait un utérus double dont chaque partie était munie d'une trompe et d'un ovaire. Cette matrice était exactement divisée en deux moitiés égales, séparées l'une de l'autre par une double cloison, et avaient chacune un col et une ouverture distincts au fond d'un vagin unique. Cette femme est morte à la suite d'un accouchement. L'enfant s'était développé dans la moitié gauche. C'était un garçon. Ce fait, dit M. Moreau, renverse l'opinion de ceux qui prétendent que l'ovaire droit contient seulement les ovules mâles, et le gauche les ovules femelles.

Calculs rénaux. — M. Tanchou met sous les yeux de l'Académie

le rein de célèbre Carême, cuisinier et auteur de plusieurs ouvrages très-estimés sur l'art culinaire. Cet organe, énormement tuméfié, avait acquis le volume d'une tête d'enfant; et la saillie qu'il faisait dans l'abdomen avait fait croire à une maladie du foie. Un examen attentif fit reconnaître à M. Tanchou le véritable siége du mal, et des soins convenablement dirigés ramenèrent le malade à un état de santé satisfaisant. Un sinapisme imprudemment appliqué sur une jambe un peu infiltrée, par un médecin appelé pendant l'absence de M. Tanchou, donna lieu à la gangrène à laquelle le malade succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva du côté gauche, qui était le côté malade, la crurale remplie, au pli de l'aine, d'un caillot fibrineux parfaitement organisé; plusieurs autres artères secondaires étaient également oblitérées. Du côté droit la poplitée et plusieurs des artères de la jambe étaient obstruées de caillots adhérens ou libres qui devaient s'opposer à la circulation. Cette oblitération des artères paraît s'être faite en quelques heures, car M. Tanchou et M. Dupuytren s'étaient assurés la veille de la mort que les artères battaient comme à l'ordinaire. Le rein malade était bosselé et chaque bosselure formait une loge qui contenait du pus. Un calcul digité assez volumineux occupait le centre de l'organe, et était environné d'une substance lardacée et comme cancéreuse. Un fait assez remarquable, c'est que Carême n'en souffrait pas, quoiqu'il urinât continuellement du pus.

Vessie bilobée. — M. Velpeau fait voir une vessie composée de deux poches, l'une naturelle plus grande, située derrière le pubis; l'autre plus petite, placée dans le petit bassin et communiquant avec le premier par une petite ouverture placée à gauche, sur les côtés du trigone. Ces deux poches pleines formaient à l'hypogastre une tumeur médiane, rénittente et sans douleur, qui s'affaissait lorsque la petite poche se vidait et reparaissait lorsqu'elle était remplie d'urine. Un calcul noirâtre existait dans chacune de ces cavités, et il aurait bien certainement échappé à l'opération de la taille par la méthode latérale; la taille suspubienne seule aurait donné les moyens de l'extraire.

Séance du 22 janvier. — M. Paul Dubois donne lecture d'un mémoire qu'il annonce être la première partie d'un travail sur le mécanisme naturel de l'accouchement. L'Académie arrête que ce mémoire sera imprimé parmi ceux de sa collection, avant la discussion à laquelle il doit être soumis dans la prochaine séance. Nous donnerons à nos lecteurs une analyse de ce mémoire dans le prochain cahier.

Académie royale des Sciences.

Séance du 7 janvier. — M. Gay-Lussac est nommé vice-président pour l'année 1833. M. Geoffroy-St.-Hilaire, vice-président pendant l'année expirée, prend la présidence pour 1833.

Séance du 14 janvier. — M. Robiquet est élu membre de l'Académie dans la section de chimie en remplacement de M. Chaptal.

Séance du 21 janvier. — INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ SUR LA VÉGÉTATION. — M. Becquerel annonce qu'il se livre à des expériences pour déterminer la manière d'agir de l'électricité sur la végétation. Il passe en revue les recherches de cette nature qui ont été faites sur ce point, et il prouve que si l'on en a pas obtenu de résultats satisfaisans, c'est qu'on n'a pas employé des forces électriques assez faibles. Il a mis en usage les petites forces électriques dont il s'est déjà servi avec tant de succès pour produire des combinaisons et des cristallisations qui, jusqu'alors, n'avaient pu être formées que par la nature. Le travail qu'il a commencé sur ce sujet intéressant n'est pas encore complet; mais il croit pouvoir, dès à présent, annoncer, d'après des expériences nombreuses, qu'il peut à volonté, à l'aide de ces forces électriques très-faibles, accélérer ou retarder la végétation dans une plante ou dans quelques-unes de ses parties.

VARIÉTÉS.

Nouvelles remarques sur la membrane caduque, et sur les rapports qu'elle contracte avec l'œuf humain; par A. VELPEAU.

L'étude des enveloppes du fœtus a été tellement négligée parmi nous, que, malgré le travail de M. Lobstein, publié en 1802, l'excellente thèse de M. Moreau sur la caduque (1), et l'importante dissertation de P. Béclard (2), la majorité des médecins français semblent encore ne pas avoir des idées bien nettes à ce sujet, d'ailleurs enveloppé d'une obscurité assez profonde pour qu'en Allemagne, où on s'en est tant occupé, les diverses questions qu'il renferme n'aient jamais cessé d'être en litige. Les recherches auxquelles je me suis livré depuis 1824 (3), m'obligent en quelque sorte à revenir aujourd'hui sur mes opinions d'alors, et de montrer aux lecteurs des *Archives* en quoi elles diffèrent de celles des anatomistes qui ont traité le plus récemment d'objets semblables. L'indécision qui règne encore sur ces différens points, paraissant avoir été augmentée plutôt que diminuée par les travaux modernes, me porte d'ailleurs à prendre cette détermination.

Les recherches de M. Dutrochet se présentent en premier lieu lorsqu'il s'agit de questions semblables, à cause du talent et de l'exacti-

(1) N.° 86. Paris, décembre 1814. (2) N.° 265. Paris, août 1820.
(3) *Archives*, tome VI.

tude bien connus de l'observateur, aussi vais-je commencer par elles. Dans un premier mémoire (1), cet auteur avait dit : « L'œuf de la brebis est extérieurement enveloppé par une membrane non vasculaire (la caduque de Hunter) qu'on ne peut se dispenser de considérer comme l'analogue de la membrane de la coque de l'œuf des oiseaux et des reptiles. » Mais les détails qu'il donne ensuite prouvent jusqu'à l'évidence, ainsi que Cuvier (2) l'a déjà fait remarquer, que c'est du chorion qu'il veut parler, et que la véritable couche anhiste ou caduque, à peine distincte et presque fluide dans cette espèce, lui est échappée. D'abord, plus exact en parlant de l'épione des carnassiers (3), il retombe dans une erreur plus singulière encore en abordant la description de l'œuf humain : erreur, au reste, qui rend parfaitement compte de la divergence de nos opinions sur l'ensemble de la caduque. Le produit qu'il décrit (4) dans son premier travail, et que lui avait prêté M. Breschet, paraît être un de ceux que j'ai fait dessiner en 1823. Or, ce que M. Dutrochet décrit dans cet œuf sous le nom de chorion, d'épiderme externe et d'épiderme interne, se rapporte à la caduque utérine. La membrane moyenne, qu'il dit avoir trouvée au-dessous du chorion, appartient à la caduque réfléchie. Le véritable chorion est ce qu'il appelle amnios. Les lambeaux, les traces de caduque qu'il mentionne en commençant n'étaient que des débris du fond ou de la face externe de la caduque entière. L'amnios n'existait plus qu'en vestiges, et n'a point été remarqué par lui. J'en dirai autant du second œuf dont il parle. L'histoire qui en a été publiée par lui et par M. Breschet (5) en 1820 me fait présumer que cet œuf est encore un de ceux que j'ai fait dessiner en 1823. C'est par suite de sa première méprise que M. Dutrochet (6) soutient qu'un tel produit n'offrait aucune trace d'épione. La caduque existait au contraire en entier. Les deux appendices indiqués par M. Dutrochet ne sont autres que le prolongemens tubaires de la membrane anhiste. La coupe représentée dans la figure 5 de son mémoire montre, comme je l'ai constaté sur la pièce, trois ans plus tard, que ce qu'il appelle *exochorion* est la caduque externe, tandis qu'il désigne la caduque interne sous le nom d'*endochorion*, et que la poche ovo-urinaire mentionnée par lui est simplement la cavité de la membrane anhiste telle que je l'ai annoncée. De même que le premier produit soumis à son examen, celui-ci n'avait plus d'amnios, et c'est le chorion qu'on voit au dedans de la caduque réfléchie. Cette explication étant donnée, on conçoit que je ne puis me permettre de discuter la doctrine de M. Dutrochet avant de lui avoir soumis mes remarques. Un coup-d'œil sur les dessins

(1) *Soc. méd. d'Emul.*, t. VIII, p. 54. (2) *Analyse des Sc. phys. de l'Instit.* 1815. (3) *Soc. méd. d'Emul.*, t. IX, p. 23. (4) *Id.* t. VIII, p. 768. (5) *Bulletins de la Faculté de Méd.*, t. VI, p. 474. — *Journ. compl. des Sc. méd.*, t. V, p. 242. (6) *Soc. méd. d'Emul.*, t. IX, p. 33.

que je vais publier, incessamment ou sur ceux de M. Breschet, suffira, je pense, pour mettre un terme au désaccord qui semble exister entre nous sur ce point.

Je persiste en conséquence à dire, 1.° que la caduque se forme par exsudation au moment de la conception; 2.° qu'elle forme une ampoule sans ouverture, tapissant toute la cavité utérine jusqu'à l'arrivée de l'ovule fécondé; 3.° que cette ampoule est d'abord remplie d'un liquide glaireux ou séreux; 4.° qu'en revenant de la trompe, le germe se glisse entre elle et la matrice; 5.° qu'en la déprimant ensuite à mesure qu'il grossit, ce germe en refoule une des moitiés dans l'autre, à la manière des bonnets de nuit, jusqu'à ce qu'elles soient en contact; 6.° que la portion externe de la caduque, celle qui continue de tapisser l'utérus, finit par toucher l'interne, ou celle qui revêt le chorion jusqu'au placenta, et qu'on appelle feuillet réfléchi; mais qu'elles ne se confondent point; 7.° que cette membrane est dépourvue de texture, et ne représente autre chose qu'une concrétion organique; 8.° qu'elle n'existe que par exception, si jamais elle y existe, entre le plein du placenta et l'organe gestateur; 9.° enfin, qu'elle se rencontre, mais sous des formes très-différentes, dans les autres espèces animales.

Ces corollaires, que j'ai déjà posés ailleurs, avaient besoin d'être rappelés pour permettre au lecteur de me suivre dans l'examen que je vais faire du mémoire publié par M. Breschet. Les *Archives* ayant accueilli, tom. VI, novembre et décembre, mon premier mémoire sur l'œuf; puis, même volume, p. 105, une note sur ce que je voulais faire encore; et ensuite, t. XV, p. 626, l'extrait des recherches que je lus en 1825 à l'Académie des sciences; ayant donné en outre un abrégé du travail de M. Pockel's, t. XII, p. 281, et le résumé des observations de M. Breschet, t. XXIX, p. 433, présenteront ainsi la question dans son ensemble. La discussion que j'entame aujourd'hui aurait dû être rendue publique depuis long-temps, puisque l'écrit qu'elle concerne a déjà été publié en 1828 presque en totalité dans le t. VI, p. 265, du *Répertoire d'anat. et de physiol*, puis, en 1829, dans le t. XV, p. 135, t. XVI, p. 183, du *Journal des progrès*, et que, d'après le rapport qui en fut fait l'année dernière à l'Institut, on décida qu'il serait inséré dans les *Mémoire des Savans étrangers*; mais le texte propre à M. Breschet et les dessins qu'il invoque à l'appui n'ayant point été imprimés, que je sache, avant leur insertion dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (1), j'aurais craint de mal le comprendre, et de ne pouvoir expliquer d'une manière assez claire les rapports qui ont existé entre cet auteur et moi au début de nos recherches.

M. Breschet, adoptant les idées de M. Lobstein (2) et les miennes (3), pense avec raison que les anciens ont connu la caduque; mais il va trop loin en laissant entendre que Hunter en a seulement donné une his-

(1) T. II. (2) *Essai sur la nutrit. du fœtus*, 1802. (3) *Tocologie*, etc. p. 230.

toire plus complète. Je regrette que là-dessus M. Breschet ait cru devoir s'en tenir à l'opinion généralement admise. En jugeant par lui-même, je ne doute pas qu'il ne se fût aperçu qu'Arétée (1), F. d'Aquapendente (2), Harvey (3), Ruysch (4), n'avaient pas d'idée plus positive sur la caduque, qu'Arantius (5), Noortwyck (6), Spigel (7), qu'il cite également. Il aurait vu que, si Hoboken (8) et Rouhault (9) l'ont décrite, c'est sans le savoir, et sous le nom de chorion; tandis que le véritable chorion s'est transformé sous leur plume en membrane moyenne ou allantoïde. V.-D. Wiel (10), qu'il croit invoquer le premier, avait déjà été mentionné par M. Lobstein (11), et ne mérite pas mieux, à ce sujet, qu'Albinus et Boehmer, encore appelés en témoignage par M. Breschet. Le peu de mots que lui accorde Haller montrent enfin que cet auteur l'avait à peine distinguée, et qu'il ne la comprenait pas. Étant la plus épaisse des enveloppes fœtales, il eût été impossible aux anatomistes de tous les temps de ne pas la remarquer; mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir si, avant W. Hunter (12), quelqu'un en avait conçu le mécanisme, l'indépendance, les rapports ou les principaux caractères anatomiques. Or, les auteurs invoqués par M. Breschet, et par beaucoup d'autres avant lui, n'en parlent qu'à titre de dépendance du chorion, de maladie, de disposition accidentelle, ou que d'après ce qu'ils ont observé sur les animaux. Je suis étonné, en second lieu, que M. Breschet ait rappelé si longuement des travaux qui n'ont réellement pas besoin d'être réfutés. Sandifort (13), par exemple, ne dit rien de la caduque qui ne se trouve dans W. Hunter. Danz (14) est dans le même cas, et n'en traite que d'après les autres. Les paroles de E.-D. Siebold (15) prouvent assez qu'il a compris cette membrane d'après le raisonnement bien plus que par l'observation directe. M. Oken (16) et M. Jœrg (17), ne l'ayant observée dans l'espèce humaine que très-rarement et d'après des idées préconçues, avaient d'ailleurs été suffisamment réfutés par Bojanus (18) et M. Carus (19). Voulant que l'œuf entier, et le placenta lui-même, soit tapissé par la membrane caduque, M. Breschet semble s'autoriser de J. Hunter (20), qui dit que l'ovule, tombé dans la caduque

(1) *De causis et sign. morb.*, lib. 4, cap. II. (2) *Oper. omn. Ed. Albini*, cap. I, p. 37. (3) *De gen. anim.* (4) *Thes. anat.*, cap. IV-V. (5) *De hum. fœt.*, cap. 10, p. 67. (6) *Uteri hum. grav. pars secunda.* (7) *De form. fœtu*, cap. 5, p. 4. (8) *Anat. secund. hum.*, 1669, in-8.° (9) *Acad. des Sc.*, 1714, p. 120, 183, in-12. (10) *Obs. rar.*, t. II, p. 561. (11) *Op. cit.*, p. 9 (12) *Of the human gravid uter.*, *by W. Hunter*, 1774. (13) *Obs. anat. path.*, lib. 2, tab. 6, cap. I, p. 40, 43, 79. (14) *Anat. du fœtus*, 1793. (15) *Mém. de M. Breschet*, p. 30. (16) *Isis*, 1821. (17) *Man. d'accouch.* (18) *Isis*, 1821. (19) *Gynæcologie*, t. II. (20) *On the placenta.*

primitive, s'enveloppe bientôt d'une seconde couche couenneuse, pour former la caduque réfléchie, et de E. Home (1), qui prétend avoir trouvé un germe caché près du col utérin, au milieu d'une exsudation de lymphe coagulable, chez une femme enceinte de huit jours. Ici M. Breschet (2) se demande comment il se fait que J. Hunter n'ait pas découvert d'ovule dans un cas de grossesse d'un mois, tandis que Home l'a rencontré huit jours après la fécondation. La réponse est facile. Si la matrice ouverte par Hunter n'était pas simplement malade, il est du moins certain, d'après les paroles mêmes de l'auteur, qu'elle n'était point le siége d'une conception régulière. J'ai fait voir ailleurs (3) que l'observation de Homo n'a pas la moindre valeur, et que le corps hordéiforme qu'il a fait figurer n'était pas un ovule. M. Breschet n'a donc pu s'en autoriser que faute d'y avoir réfléchi. Les idées de B. Osiander (4), qui admet trois caduques au lieu de deux, et qui veut que les feuillets *crassa* et *cribrosa* appartiennent à l'œuf, soient une dépendance du fœtus, indiquent seulement que cet auteur ne l'avait pas observée dans l'état normal, et je n'ai pas saisi l'importance que M. Breschet peut accorder aux opinions de l'accoucheur de Gœttingue. Il en est de même des six pages qu'il emprunte à Bojanus, qui veut que la caduque soit composée de stratifications celluleuses; qui pense, comme Hunter, qu'elle est ouverte du côté des trompes, et qui admet, comme Krumacher (5), M. Moreau (6), M. Gardien (7) et moi (8), qu'elle se se comporte autour de l'œuf, à la manière non pas du péricarde comme le dit M. Breschet, mais bien de la *membrane séreuse* du péricarde autour du cœur. L'opinion propre à Bojanus, la seule qui eut besoin d'être transcrite, puisque les autres points de sa théorie appartiennent à d'autres auteurs déjà réfutés ou appréciés par M. Breschet, consiste dans l'idée d'une membrane secondaire semblable à la caduque, qui se dépose entre le placenta et l'utérus, couche dont il sera question plus bas, et que M. Moreau avait décrite avant lui. Dans les six pages suivantes, extraites de M. Carus, M. Breschet répète encore la théorie de Hunter, dont le savant professeur allemand ne diffère qu'en ce que, suivant lui, la caduque finit par disparaître pendant la grossesse, et qu'il admet un intervalle particulier entre le chorion et la caduque réfléchie; erreurs qui, pour le dire en passant, tiennent à ce que cet auteur n'a dû étudier la membrane anhiste qu'un petit nombre de fois à l'état complet chez la femme. M. Breschet consacre près de dix pages à transcrire le travail de M. Dutro-

(1) *Philos. trans.*, 1817, p. 252 à 262. (2) P. 20. (3) *Tocologie*, t. I.er, p. 295. (4) *Epigram.*, etc., p. 14. *Et de causn insertion. placent.* Gotting. 1792. (5) *In Schlegel*, t. I.er, p. 486. (6) *Thèse*, N.o 86. Paris, 1814. (7) *Accouch.*, t. I.er (8) *Arch.*, t. VI. *Tocologie*, tome I.er, p. 232.

chet (1), auquel il n'accorde que cinq phrases de réfutation, ou plutôt qu'il croit réfuter en lui adressant cinq questions. Je regrette infiniment qu'il n'ait pas reconnu la cause du mal-entendu qui existe entre M. Dutrochet et nous, lui qui avait participé aux premières dissections de ce physiologiste. En effet, il se serait ainsi épargné des argumens qui portent nécessairement à faux. Une chose me surprend plus quo tout le reste encore; c'est que, au lieu de montrer à M. Dutrochet, comme je l'ai fait plus haut, qu'il a pris la caduque et sa cavité pour les membranes propres de l'œuf, M. Breschet ait jugé à propos de lui opposer comme objection péremptoire l'observation de Home et de M. Bauer, qui est par elle-même complètement insignifiante et tout-à-fait en dehors du sujet.

Après avoir rapporté ce qu'en dit M. Meckel, M. Breschet annonce qu'il ne parlera point de P. Béclard, dont la dissertation n'est le plus souvent, dit-il, qu'une version littéraire de l'ouvrage du professeur de Halle. Il faut qu'à ce sujet, des accusations malveillantes répandues autrefois contre le jeune anatomiste, en aient imposé à M. Breschet, ou qu'il ait oublié de confronter le travail des deux auteurs. P. Béclard n'émet pas d'opinions qui lui soient propres, il est vrai, si ce n'est que « la caduque, déprimée par l'ovule, se referme probablement par derrière (2), » mais M. Meckel (3) ne fait non plus que rappeler l'idée d'un certain nombre d'auteurs, et en cela il est incomparablement moins complet que notre compatriote qui le cite d'ailleurs et ne lui emprunte presque rien, au lieu de l'avoir copié, comme M. Breschet tendrait à le faire croire. Je m'étonne d'autant plus de la décision de M. Breschet, à l'égard de P. Béclard, qu'il a déjà transcrit les descriptions de vingt autres anatomistes beaucoup moins complets, et qu'il en fait autant ensuite, pour Samuel qui parle à peine de la caduque (4); pour Cuvier, qui ne l'a observée que dans les animaux (5); pour M. Maygrier qui avoue n'en avoir aucune idée positive; pour Seiler, qui croit que son existence n'est pas démontrée; pour M. Capuron (6), qui en dit deux mots seulement d'après Hunter; pour M. Burns (7), qui croit la connaître, parce qu'il l'a vue deux ou trois fois, et ne la décrit que d'une manière extrêmement vague; pour M. Pockels (8), qui ne paraît pas l'avoir observée, et dont l'opinion ne diffère pas de celle de Chaus-

---

(1) Voy. *Soc. méd. d'Emul.*, t. VII, p. 54 et 768; t. IX, p. 23. — *Bullet. de la Faculté*, t. VI, p. 474. — *Journ compl. des Sc. méd.*, t. V, p. 242. (2) *Thèse*, N.° 265. Paris, 1820, p. 20. (3) *Man. anat.*, t. III, p. 748, trad. fr. (4) *De Ovor. mammal.* 1816. (5) *Mém. du Mus.*; t. III. (6) *Art des Accouch.*, 1817. (7) *Dans le Dict.* de *Pierrer*, art. *OEuf.* (8) *Cours d'accouch.* 1828. (9) *On midwifery*, p. 148, 3.ᵉ éd., 1814. (10) *Isis*, décembre 1825.

sier; pour M. Baer (1), qui en revient à dire avec M. Oken et comme Hunter l'avait d'abord pensé, que la caduque est une exfoliation de la surface interne de la matrice; pour M. Raspail (2), qui admet la même théorie, mais *à priori* seulement; pour M. Burdach (3), auquel il consacre douze pages, quoiqu'en définitive ce professeur ne fasse que rapporter des opinions déjà émises et discutées 25 ou 30 fois, par les anatomistes analysés dans le mémoire de M. Breschet. M. Breschet parle encore d'Albers, dont il ne donne pas l'opinion, puis de M. Heusinger (4), qui décrit la caduque d'après un seul fait, et qui croit qu'elle ne se prolonge jamais dans le col utérin, parce que dans le produit que lui a procuré M. Wurtzhourg, elle n'y descendait pas. Pour moi, je ne crains pas d'affirmer que l'histoire de la caduque par P. Béclard, est une des plus claires et des plus complètes que nous ayons.

Quoique M. Breschet ne se soit occupé, dans les 93 premières pages de son mémoire, qui n'en contient que 120, que de transcrire ce qu'ont écrit ses prédécesseurs, on n'en voit pas moins déjà sa manière de penser. Ayant extrait le texte même des écrivains qu'il voulait invoquer, au lieu de se borner à prendre dans chacun ce qu'il n'avait point encore reproduit au nom des autres, il s'est trouvé conduit à répéter un grand nombre de fois la même description, et à donner ainsi une étendue considérable à son travail. De cette façon, le lecteur n'en doit pas moins chercher lui-même, au milieu de tant de lambeaux cousus bout à bout, l'idée propre à chaque auteur; mais on doit savoir gré à M. Breschet d'avoir rapproché et réuni dans un seul fascicule, des extraits que tout le monde n'est pas à même de faire.

En parlant de moi, page 52, M. Breschet dit: « Désirant continuer à réaliser le projet que j'avais conçu, de faire l'histoire des produits de la génération, *j'examinai* avec M. le docteur Velpeau, *un assez grand nombre* d'œufs qui m'appartenaient, et *plusieurs autres* qui étaient sa propriété. *Nous* les fîmes peindre par M. Chazal, et ces dessins *seront* publiés séparément, et par M. Velpeau et *par moi*; j'y joindrai plusieurs autres figures prises parmi celles que *j'avais* fait dessiner *auparavant*, ou que j'ai fait faire depuis *nos* recherches entreprises *en commun*. Quoique plusieurs dissections aient été faites par M. Velpeau et *par moi*, *nos* notes ont été recueillies séparément; chacun *de nous*, tout en communiquant à l'autre *ses idées* et ses observations, s'est réservé le droit de les publier, comme il le jugerait convenable, sans que *l'un* fut solidaire de l'autre. Si l'on trouve de l'analogie dans *notre* manière de voir et de concevoir les objets, il ne peut y avoir rien d'étonnant; l'analogie dans *nos* idées prouve pour *nos* observations. La dissidence de *nos* opinions démontre l'indépendance où *nous*

(1) *De ovi mammal. et hom.* 1828. (2) *Répert. d'anat. et de phys.*, t. VI, 2.e part., in-8.°; (3) Dans le tome II, de sa *Physiol.*, 1828. (4) *Mém. de M. Breschet*, p. 89.

avons voulu entrer. *J'ai vu* avec plaisir, dans la publication de M. Velpeau, que cette dissidence était moins grande entre nous que dans le principe, et que *ce médecin avait*, en beaucoup de points, *adopté mon opinion*. L'observation que *j'en fais* n'est pas pour *revendiquer* en ma faveur des découvertes, mais pour éviter jusqu'au *soupçon de plagiat*. Les premiers écrits comparés aux derniers, prouveront suffisamment les *changemens* survenus *dans les idées de M. Velpeau* : j'en signalerai aussi plusieurs, dans le courant de ce mémoire. »

« J'ai cru devoir entrer dans cette explication, à l'égard de M. Dutrochet et de M. Velpeau. Le premier *a pensé que j'avais eu connaissance* des mémoires du second *avant* leur publication, et que je partageais toutes les idées de l'auteur; il est donc dans l'erreur à cet égard : *M. Velpeau ne m'a communiqué aucun de ses manuscrits*. »

Pour comprendre ce passage, il faut se rappeler qu'en 1820, M. Breschet s'était associé à M. Dutrochet, dans un travail contenant, sur la caduque, une manière de voir entièrement contraire à celle que j'ai émise en 1824, et que M. Dutrochet a reproché en 1826 (1) à M. Breschet, d'avoir abandonné leurs idées communes pour adopter les miennes. Ne voulant pas charger M. Breschet plus long-temps d'une contradiction apparente, je vais rompre enfin le silence sur ce point, et dire à mon tour comment les choses se sont passées entre nous. C'est en 1821 que je commençai mes recherches sur l'œuf. Le mémoire de M. Dutrochet publié en 1816, en avait été l'occasion. Obligé, en ma qualité d'aide d'anatomie, de préparer des placentas avec les enveloppes fœtales en 1822-1823, pour le muséum de la Faculté, j'en demandai un grand nombre à la Maternité. Je pus dès-lors étudier le délivre humain avec tout le soin possible. Chargé en juillet et août 1823 par Desormeaux, de répéter son cours aux sages-femmes, je priai ses élèves de me donner les produits encore peu avancés qui pourraient leur être abandonnés. Avant la fin de l'été, elles m'en avaient déjà procuré plusieurs. L'une d'elles, M.me Charonnet, établie alors rue des Anglaises, m'en donna un tellement complet, que je ne crus pas pouvoir me dispenser de le faire dessiner. C'est alors que j'en parlai à M. Breschet. Connaissant son obligeance envers les jeunes gens, ayant des rapports fréquens et presque forcés avec lui, à cause de sa qualité de surveillant des amphithéâtres de dissection, j'osai lui communiquer mon projet. Il m'accueillit comme je m'y étais attendu : « Vous voulez, me dit-il, étudier la *caduque* et le *placenta*, le *chorion* et *l'amnios*, le *cordon ombilical*, *l'allantoïde* et *la vésicule ombilicale*? Eh bien! apportez vos pièces dans mon cabinet; mon peintre les dessinera. J'en ai de mon côté plusieurs que je vous prêterai. Quand vous en aurez tiré ce que vous désirez, vous me laisserez

---

(1) *Soc. méd. d'Emul.*, t. IX. 1826.

les unes et les autres. Je m'en servirai moi-même plus tard pour une histoire générale de l'embryon. » M. Chazal se rendit à notre invitation. Je préparai et disséquai les divers produits que je pus réunir. L'habile crayon de cet artiste distingué en a tiré les figures des planches 2, 3, 4 et 5 du mémoire de M. Breschet, moins la fig. 3 de la planche 5, et les fig. 1, et 7, de la pl. 4. M. Breschet eut la bonté de mettre à ma disposition les trois produits qu'ils possédait. Deux d'entre-eux, les mêmes, je suppose, qu'il avait déjà prêtés à M. Dutrochet, étaient encore garnis de leur caduque; tandis que le troisième fœtus de 3 à 4 mois, se trouvait complètement isolé de ses enveloppes. Les miens étaient au nombre de 9. Le 1.er, entier et intact, me venait d'une femme morte à l'hospice de la Faculté. Le 2.e est celui que m'avait donné M.e Charonnet. Le 3.e et le 4.e me venaient de M.e Avroin, sage-femme, rue Saint-Martin. M.e Lebrun, autre sage-femme, m'avait fourni le 5.e et le 6.e Le 7.e me fut apporté par M. Boulon, maintenant docteur en médecine à Paris. Le 8.e était un fœtus seul, d'environ deux mois et demi. Le 9.e, enfin, me fut prêté par M. Baudelocque. Le dessin de ces douze produits étant terminé, j'appris un matin que, se doutant sans doute de mon peu de ressources pécuniaires, M. Breschet avait, sans m'en prévenir, poussé l'attention jusqu'à en payer la moitié. Cherchant à m'aider jusqu'au bout, il me proposa aussi d'adjoindre son nom à la publication de mes recherches. Débutant alors dans la science, je me fusse ainsi couvert d'une égide puissante; mais M. Breschet étant resté complètement étranger à la direction de mon travail, n'ayant assisté que par hazard à mes dissections, n'ayant pu me donner que quelques conseils, m'ayant d'ailleurs paru, chaque fois que je pris la liberté de lui soumettre mes observations, être encore sous l'influence des opinions de M. Dutrochet, et ne pas se former une idée claire de ce que je croyais devoir soutenir, je ne voulus point abuser davantage de sa complaisance. Je me bornai donc à lui lire les deux mémoires que je présentai au printemps de 1824 à l'Académie de médecine, et cela pour que son autorité, qu'il voulait que j'invoquasse ainsi que je l'ai fait dans les *Archives*, ne parut pas avoir été surprise. Comme il avait partagé les frais de mes dessins, et qu'il nous était impossible d'en user tous les deux ensemble, je ne crus pas devoir lui refuser plus tard d'en faire prendre une copie, que, pour être quittes sur ce point, nous payâmes aussi par moitié.

Tel est le fond des rapports que nous avons eus ensemble. Si la version de M. Breschet diffère un peu de la mienne, c'est qu'il s'en rappelait probablement moins bien les détails. Ainsi, la manière de voir exprimée dans mon premier travail, comme dans les cinq mémoires que je communiquai en 1827, à l'Académie des Sciences, sur la caduque, le chorion, l'amnios, l'allantoïde, la vésicule et le cordon ombilical, de même que dans les notices lues à la Société philomatique et à la

Société médicale d'émulation, ou imprimées dans mon Traité d'accouchemens, doit retomber en entier sous ma responsabilité. Tout ce que les 2e, 3e, 4e et 5e planches indiqués, planches que j'avais déposées avec plusieurs autres et qui furent égarees si long-temps à l'Institut en 1828, renferment de blâmable ou d'incomplet, me revient également, car M. Breschet ne s'en est pas plus occupé que de la rédaction de ce que j'ai publié.

Les pièces que je fis dessiner en 1823 étant restées entre ses mains, comme nous en étions convenu, et le temps lui ayant permis depuis de consulter mes travaux, il donne, à celles de mes opinions qu'il adopte aujourd'hui, une valeur qui ne pourra manquer d'être sentie par les anatomistes. Parmi les points que j'ai signalés, il en est un même dont M. Breschet s'est tellement pénétré qu'il en réclame actuellement la première idée. Je veux parler du fluide contenu dans la caduque. « Il le connaissait, dit-il (1), dès 1816, et en avait fait l'histoire dans sa correspondance, dans ses cours, dans une leçon pour la place de chef des travaux anatomiques en 1819. Albers (2), de Brême, lui en aurait attribué la découverte, il y a 12 ans, dans son journal. Il en est de même de M. Adelon, etc.; enfin, (3) il montra en 1823, lorsqu'il fit le cours d'anatomie par intérim à la Faculté, un des œufs qui lui ont le mieux permis de voir ce fluide, ainsi que la cavité qui le renferme. » Je ne sais si les souvenirs de M. Breschet ne l'induisent pas en erreur à ce sujet. Je n'ai rien pu voir dans la gazette de Saltzbourg qui puisse les confirmer, et plusieurs raisons me porteraient à croire qu'il se trompe réellement de date. Ses leçons à la Faculté, par exemple, ont eu lieu en 1825 pendant la maladie de Béclard, et non en 1823 comme il l'annonce. M. Adelon dit, il est vrai, que M. Breschet lui a parlé de *sérosité entre les feuillets de la caduque*; mais c'est à la fin de 1824 que le 4e volume de M. Adelon a été publié, et M. Breschet sait bien que mes dessins ont été faits près d'une année auparavant. Or, ces dessins démontrent que j'admettais une cavité dans la caduque, puisque la fig. 3, pl. 2 et la fig. 5, n° 1, pl. 4, ont été consacrées à la représenter. Alors, il l'avait au moins oublié, car je lui montrai ces œufs et je ne reçus de lui aucune réclamation. Dans le travail inseré aux *Archives*, je parle à plusieurs reprises de ce liquide. Cependant M. Breschet, à qui je l'avais lu l'hiver précédent, ne me fit aucune observation à ce sujet. La présence d'un fluide entre les deux portions de la membrane anhiste m'était si bien connue du reste, que je l'ai toujours invoquée pour prouver que la caduque n'est pas percée.

En convenant que j'ai eu raison de comparer la caduque à une membrane séreuse, pour en rendre la disposition générale plus facile à com-

(1) P. 76. (2) P. 76 et 85. (3) P. 126.

prendre, M. Breschet (1) et M. Heusinger (2), d'après lui, eussent pu se dispenser de me combattre, puisque je n'ai jamais prétendu autre chose, et que je me suis attaché partout à montrer combien elle en diffère sous le rapport organique. J'ai dit que la caduque réfléchie est généralement moins épaisse que la caduque utérine et qu'elle s'amincit, en quelque sorte mécaniquement, par la distension de l'ovule. M. Breschet croit au contraire qu'elle s'épaissit jusqu'au contact des deux feuillets et que son amincissement n'a lieu qu'à partir de là. Ici le raisonnement que j'invoque en faveur du fait a probablement trompé M. Breschet sur l'opinion qu'il m'attribue. L'observation qu'il cite en preuve du contraire de ce que j'avance, est une exception que j'ai souvent rencontrée, mais qu'il a tort de poser en règle. Malgré ses objections, je persiste donc à dire que la caduque réfléchie est *ordinairement* plus mince que la caduque utérine, quoique l'inverse ne soit pas rare. Ce qui a pu en imposer encore sur ce point à M. Breschet, c'est que, ne s'étant point arrêté à distinguer l'état normal de l'état pathologique dans les œufs dont il parle, il a dû se méprendre souvent sur la valeur de ce qu'il avait sous les yeux. Ayant annoncé, pour étayer mon opinion, que le sang n'arrive pas au chorion enveloppé par la caduque réfléchie, je me trouve encore en opposition avec M. Breschet, qui dit avoir un œuf dont les filamens du chorion se ramifient dans la caduque pour en pomper les sucs. Il faut que je n'aie pas été compris sur ce point par M. Breschet. J'ai avancé que le velouté primitif du chorion n'est pas vasculaire et que les canaux artériels ou veineux qu'on y remarque plus tard, ne se voient en général, que sur le point où se développe le placenta et ne sont en un mot que des ramifications du cordon ombilical. Or, cette assertion a reçu l'assentiment de M. Breschet lui-même (8). Car il l'a donnée comme lui étant propre dans un travail (4) publié quatre ans après mes premières recherches. En effet, dans ce mémoire, qui lui est commun avec M. Raspail, il conclut ainsi : « La substance des filamens du chorion n'est donc nullement vasculaire. » Il avait même oublié alors qu'elle m'appartint; autrement, il n'en eût pas rapporté (5) l'origine à M. Carus, qui ne l'a émise qu'en 1827. Au surplus, je ne puis que renvoyer sur ce point, à ce que j'en ait dit depuis (6) et à ce que je serai forcé d'en dire encore en traitant du chorion.

M. Breschet admettant avec M. Lobstein (7), J. Hunter (8), etc., que la caduque est pourvue de vaisseaux et réellement organisée, est encore amené à me contredire. Mais son opposition dans ce cas, plus apparente que réelle, pourrait bien tenir à un mal entendu. En effet, après avoir

(1) P. 71. (2) P. 91. (3) *Répert. d'anat. et de phys.*, t. V, p. 211. 1828. (4) *Loc. cit.*, p. 215. (5) *Id.* 212. (6) *Tocologie*, t. I.er, p. 240-285. (7) *De la nut. du fœtus.* Strasb. 1802, p. 2. (8) *On the placenta.*

dit (1) : « l'inspection de la membrane caduque à ses différentes phases, même dès les premiers momens de sa formation, son examen à la loupe et au microscope et même à l'œil nu, font reconnaître *manifestement* une *texture*, une organisation véritable et *la présence de vaisseaux sanguins....* » Puis « (2) *nous avons observé des vaisseaux sanguins dans l'une et dans l'autre membrane caduque*, » il termine (3), en s'abstenant « d'affirmer l'existence de vaisseaux sanguins artériels ou veineux dans la membrane caduque, surtout dans les premiers temps do sa formation. » Si M. Breschet m'accorde ce dernier point, je ne lui en demande pas davantage. Quant à la texture, dont il parle après tant d'autres, j'ai la conviction qu'en y regardant de nouveau, il finira par ne plus l'admettre. Le fait est tellement positif, il est si facile à chacun de le constater, que je crois inutile d'invoquer le raisonnement en sa faveur. Seulement j'ai eu tort d'employer le mot inorganique. C'est *sans texture* qui rend ma pensée. On peut soutenir, je le sais, que la caduque est une production organique, quoiqu'au fond elle ne soit qu'une concrétion dépourvue de texture. Il est encore deux points sur lesquels M. Breschet ne pense pas comme moi.

1.° A l'instar des deux Hunter, de Chaussier et d'une foule d'autres, il veut, qu'au lieu de s'arrêter au pourtour du placenta, les deux feuillets de la caduque enveloppent la totalité de l'œuf. Ici encore je ne comprends pas bien la pensée de M. Breschet. D'une part, il prétend (4) que, « *parvenu à la face externe de la membrane caduque*, soit dans un point correspondant à la trompe, soit sur tout autre point, en se glissant entre cette membrane et la face interne de l'utérus, *l'ovule est trop petit pour refouler* (comme je l'admets) *le périone* (la caduque) primitif, et pour opérer de suite, par ce refoulement, la formation du *périone* réfléchi, » tandis que de l'autre, il dit : « Déjà entouré d'une gangue de matière plastique, *l'ovule* croit, et *semble*, *par son developpement*, *refouler sur elle-même la membrane caduque primitive sans la perforer*, sans tomber dans sa cavité. » Pour mon compte, je n'ai pas dit autre chose et je ne vois pas d'après cette dernière phrase, la dissidence qui peut exister entre nous. La discussion à laquelle l'auteur se livre dans les pages suivantes, paraissant être en contradiction formelle avec les expressions que je viens de rappeler, je crains que sa doctrine n'ait été mal rendue. Parmi les argumens qu'il m'oppose, il en est cependant quelques-uns qui méritent une réfutation. Je suis fâché par exemple qu'il n'ait pas fait dessiner ces ovules *du volume d'un grain de raisin ou d'un pois chiche*, qu'il a trouvés *enveloppés de toutes parts, dans l'épaisseur de caduques qu'on en croyait dépourvues* (5). Tant de circonstances peuvent en imposer en pareille matière, que la représentation des objets est réellement indispensable à quiconque voudrait s'en former une idée nette. Suivant lui (6), les deux feuillets de la cadu-

(1) P. 72. (2) P. 111. (3) P. 113. (4) P. 101. (5) *Ibid.* (6) P. 126.

que se retrouvent à la surface du placenta, même après le troisième mois et au terme de la grossesse. Il dit les avoir séparés notamment sur la fig. 4 de sa pl. 2, fig. 1 de sa pl. 1re et fig. 3 de la pl. 6. La première de ces figures étant à moi, me permet d'apprécier la valeur des preuves qu'en veut tirer M. Breschet. Or, je puis affirmer qu'il n'existait point de double caduque sur le placenta de cette pièce dans le sens où j'ai présenté la question. Peut-être n'y en avait-il pas davantage sur les deux autres.

Je m'explique : dans la théorie que j'ai défendue, l'ovule, arrivé entre la caduque et l'utérus, se trouve en contact avec la matrice, d'un côté, et avec la membrane anhiste de l'autre. Ne se développant dans le premier sens que pour suivre l'élargissement de l'organe gestateur, il ne tarde pas, par sa croissance disproportionnelle dans le second, à mettre la couche réfléchie en contact avec la couche utérine, à déterminer même la confusion, la soudure de ces deux couches à leur point de réflexion, de la même manière que la plèvre diaphragmatique par exemple s'unirait à la plèvre costale, si la cloison thoraco-abdominale restait long-temps immobile quand elle est soulevée. Les granulations ou les villosités qui servent de gangue aux vaisseaux du placenta, et au placenta lui-même, quoique restées en dehors de la caduque, se régularisent bientôt. En se soudant, en se repliant sur elles-mêmes, par suite de leur contact avec la matrice, elles finissent par offrir une surface plus ou moins lisse, dont la circonférence se continue avec le cercle primitif de la caduque réfléchie. La surface de ce plan, continuant de s'affermir, soit parce qu'une excrétion du chorion ou de l'utérus s'y ajoute, soit tout simplement à cause de l'accroissement du parenchyme placentaire, acquiert des caractères tellement analogues à ceux de la caduque, qu'on ne peut plus l'en distinguer à partir du 3.e ou du 4.e mois, et même quelquefois beaucoup plus tôt. C'est ainsi, du moins, que je l'ai toujours entendu. Quand même M. Breschet aurait trouvé deux couches de concrétion anhiste jusqu'au centre de la face fongueuse du placenta, je ne vois donc pas, d'après cela, ce qu'il en pourrait conclure de contraire à ma manière de voir. D'ailleurs, s'autorisant d'œufs de 3, 4 ou 5 mois, et même de délivres à terme (1), il se tient évidemment en-dehors de la question que j'ai posée, puisque je parle des premières semaines de la conception. Les autres objections qu'il adresse aux partisans de mon opinion étant fondées sur de pures suppositions, auxquelles je crois avoir suffisamment répondu dans ce que j'ai publié sur l'œuf en général, je craindrais de fatiguer l'attention du lecteur en le rappellant ici. M. Breschet a tort, au surplus, de faire partager mon erreur, si c'en est une, sur ce point, à « presque tous les historiens de la caduque, » car, en réalité, le plus grand nombre de ceux dont il a transcrit le

(1) Page 125.

texte, en admettent comme lui une lame entre la matrice et le placenta. Je ne voudrais pas qu'on allât croire, après tout, que cette opinion soit maintenant à l'abri de toute contestation. Je soutiens seulement qu'aucun des argumens invoqués jusqu'à présent contre elle, n'est de nature à l'ébranler.

Au lieu d'attribuer, comme je l'ai fait, pour usage à la caduque de maintenir l'ovule et de circonscrire le placenta, M. Breschet croit avoir prouvé qu'elle est surtout chargée de la nutrition de l'ovule jusqu'à la formation du gâteau placentaire. C'est à cela, suivant lui, qu'est particulièrement destiné le fluide dont il a été question plus haut, fluide qu'il nomme *hydro-périone*. Une telle idée, autrefois émise par Chaussier, n'a pu être si longuement défendue (de la p. 114 à la p. 121) par M. Breschet que par inadvertance. En effet, lui qui a fait un résumé des observations connues de grossesses interstitielles, sait parfaitement bien qu'alors il n'y a point d'hydro-périone et que l'ovule ne s'en développe pas moins. Il n'ignore pas non plus que la même chose a lieu dans toutes les espèces de grossesses extra-utérines. Par où veut-il que ce liquide se rende à l'embryon? Le cordon, qui existe dès le 12.e où le 15.e jour, s'épanouissant constamment sur le point de l'ovule qui correspond à la matrice, regarde nécessairement du côté opposé à la cavité de la caduque. La portion réfléchie de cette membrane, seule en état de transmettre l'hydro-périone puisqu'elle est seule en contact avec le chorion, ne tenant à l'ovule que par des filamens non vasculaires, repousse tout-à-fait la fonction dont M. Breschet la gratifie. Admettons un moment que le fluide de la membrane anhiste traverse le chorion, par endosmose ou autrement, qu'en faire ensuite, puisque cette membrane est séparée de l'amnios par un autre espace également rempli de liquide et que l'amnios en contient à son tour une certaine quantité. Mais c'en est déjà trop, je suppose, sur ce sujet, et je ne doute pas que M. Breschet ne fasse lui-même justice d'une pareille hypothèse à la première occasion.

Dans sa description de la caduque, qui peut être considérée comme le résumé des différentes analyses rapportées par l'auteur, M. Breschet donne la même idée que moi de la formation de cette membrane en la combinant avec la théorie de Blumenbach (2) et de M. Lobstein (3). Il parle ensuite des appendices qu'elle envoie parfois dans les trompes, et que MM. Burns (4), Dutrochet (5), Carus et Burdach ont déjà décrits; mais il ne veut pas qu'elle en envoie dans le col utérin. C'est une erreur de M. Burns et de M. Carus qu'il adopte; car rien n'est fréquent comme de rencontrer un prolongement de la

(1) Lettre à Mme Boivin, traduct. de Rigby. 1817. (2) *Instit. phys.*, p. 14. (3) *Oper. cit.* (4) *On midwifery*; 1814, p. 148. (5) *Oper. cit.* 1824.

caduque dans l'angle inférieur de la matrice. Les pores dont la face interne de l'ampoule anhiste est criblée, et sur lesquels M. Lobstein insiste déjà, l'ont abusé au point qu'il les indique comme les orifices d'autant de petits canaux. Enfin, après avoir expliqué les différentes phases de la membrane caduque, M. Breschet arrive aux conclusions suivantes :

1.° Il se forme dans l'utérus, après la fécondation, une poche membraneuse.	1.° L'imprégnation détermine dans l'utérus une exhalation de matière coagulable bientôt transformée en une espèce d'ampoule. (Velpeau, *Tocologie*, p. 231.)
2.° Cette poche, que M. Breschet nomme *périone*, est fermée de toutes parts.	2.° Jamais cette ampoule n'est parue naturellement. (*Id.*)
3.° Elle contient un liquide.	3.° Elle est remplie d'un liquide. (*Id.*)
4.° A l'arrivée de l'ovule, ce kyste l'enveloppe en entier, alors se forme la caduque réfléchie.	4.° et 5.° J. Hunter, Chaussier, etc., ont dit la même chose, et je crois avoir démontré que c'est une erreur.
5.° Ces deux membranes existent entre l'utérus et le placenta.	
6.° L'hydropériooe, qui se trouve d'abord dans la caduque primitive, est ensuite contenu entre les deux membranes caduques.	6.° Cette proposition ne fait que répéter la 3.e, car, pour changer de forme, la cavité de la caduque n'en reste pas moins la même.
7.° Ce liquide cesse d'exister lorsque les deux membranes sont en contact : alors le placenta commence à paraître.	7.° Puisque les deux feuillets de la poche sont en contact, il faut bien que le liquide qui la remplissait d'abord ait cessé d'exister ; le placenta commence beaucoup plus tôt à se montrer.
8.° L'hydropérione sert à la nutrition de l'embryon pendant les premières phases dé la vie intra-utérine.	8.* J'ai montré que c'était une inadvertance de l'auteur.
9.° Cette nutrition s'opère d'abord par un mécanisme particulier, par endosmose peut-être, puis à l'aide des filamens du chorion.	9.° Il en est de même ici.
10.° Les mammifères ont une disposition analogue. Chez eux, on ne peut pas douter de l'existance du périone.	10.° Les autres mammifères n'ont qu'une caduque simple, et point de liquide interposé.

11.° Les membranes caduques se forment dans l'utérus et dans le lieu où se développe l'œuf lorsque la grossesse est extra-utérine.	11.° Dans la grossesse extra-utérine, la matrice se remplit d'une sorte de caduque. (*Velp.*, p. 206.) La membrane anhiste qui entoure l'œuf alors est simple comme celle des mammifères, et ne contient point de liquide.
12.° Les caduques et l'hydropérione constituent un petit appareil de nutrition de l'œuf pendant les premières périodes de la gestation.	12.° C'est la répétition des propositions huitième et neuvième.
13.° Cet appareil existant dans l'homme et les mammifères, doit être comparé à l'organe que des physiologistes modernes ont appelé *nidamentum*.	13.° Cet appareil n'a point d'hydropérione dans les autres mammifères. C'est M. Burdach qui en fait un *nidamentum*.

En regard de ces propositions, qui donnent la substance du travail de M. Breschet, j'ai cru devoir en placer d'autres, comme on voit, pour qu'on puisse distinguer au premier coup-d'œil celles qui lui appartiennent en propre de celles qu'il n'a fait qu'appuyer, ou dont l'exactitude n'est pas encore démontrée.

Reste à parler de ses dessins et de leur explication. Des deux planches (I.re et VI.me) qui appartiennent à M. Breschet, l'une, la I.re, représentant une matrice entière en état de gestation, est disposée de telle sorte qu'elle donne au premier abord l'idée d'une tête humaine et d'un œil largement ouvert, vue de côté. L'autre, lithographiée sur fond noir, est au contraire de toute beauté. Elle a pour but de représenter l'allantoïde, la vésicule ombilicale et divers embryons. Comme elle est étrangère à ce qui concerne la caduque, je ne puis me permettre d'en parler, ignorant en quoi M. Breschet se rapproche ou s'éloigne de ce que j'ai moi-même publié sur ces divers objets. Les deux figures qu'il a placées à côté des miennes, dans la pl. 5 représentent les mêmes parties que les fig. 1, pl. 1 et 4 des pl. 2 et 3. Elles sont également très-belles. La fig. 1, pl. 4, lui appartient encore. Elle montre, d'après lui, la manière dont l'embryon s'enveloppe de l'amnios. La fig. 6, relative à la vésicule ombilicale et la fig. 7, concernant de très-jeunes embryons, pl. 4, étant étrangère au texte, ne doivent pas m'occuper. Les pl. 2, 3, 4 et 5, ayant été faites presqu'en entier sous ma direction et devant être publiées aussi par moi avec beaucoup d'autres, je n'en dois rien dire non plus. Je regrette seulement que M. Breschet ne m'en ait pas demandé l'explication. En effet, ne les ayant examinées qu'en passant lorsque je les faisais peindre,

il ne s'est rappelé qu'en partie la désignation des pièces comparées aux dessins. Aussi s'est-il mépris plusieurs fois dans le détail qu'il a cru devoir en donner, et de manière à tromper malgré lui les personnes peu au courant de ces sortes de matières.

Prix de la Société médicale d'Emulation.

La Société accordera en 1833, comme les années précédentes, trois médailles à l'effigie de Bichat, et à titre d'encouragement aux trois mémoires qui lui seront adressés dans l'année.

Elle met en outre au concours le sujet suivant:

« De la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et » l'accouchement. »

Les mémoires seront écrits en français avec latin, et adressés au secrétaire-général de la Faculté, avant le 1.er janvier 1834. Le prix est une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

BIBLIOGRAPHIE.

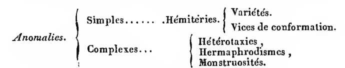
Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, etc.; par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire. *Tome I.er avec atlas. Paris, 1832. In-8.° Chez Baillière.*

L'auteur commence par faire observer que, bien qu'on eût recueill un grand nombre de faits sur les monstruosités avant notre époque, la science des anomalies ou la *Tératologie*, comme il l'appelle, date de notre siècle. Science ne signifiant rien autre chose que connaissance, ou ensemble de connaissances sur un objet, il est arbitraire d'en changer le sens, et d'autant plus arbitraire et dangereux, qu'alors on ne peut définir et caractériser exactement ce que l'on entend par cette expression. Cela est si vrai que, par contradiction, l'auteur dit page 3, que *la science des monstruosités est restée presque stationnaire pendant plusieurs siècles*; et page 4, *qu'elle nous présente trois périodes*, etc. Cette erreur n'appartient pas à l'auteur; car il en est une foule d'autres qui veulent qu'un ensemble de connaissances puisse être réduit en théorie pour mériter le nom de science..... Mais faut-il que la théorie soit juste? Alors quand en aura-t-on la certitude?

L'auteur partage l'histoire des monstruosités en trois périodes. La

première est *fabuleuse*, la deuxième *positive*, c'est celle du siècle dernier où l'on s'efforce déjà d'expliquer les monstruosités ; la troisième est *scientifique*. L'auteur cite comme signalant le commencement de cette période l'ouvrage de Haller *De Monstris*.

PREMIÈRE PARTIE. *Prolégomènes*. Chap. I.er. *Définition de l'anomalie en général, de ses divisions, de sa nomenclature*. Toute particularité organique que présente un individu comparé à la grande majorité des individus de son espèce, de son âge, de son sexe, constitue ce que l'on peut appeler une anomalie. L'auteur entend par monstruosités les anomalies les plus graves et les plus apparentes ; ce qu'il exprime d'une autre manière, plus loin, page 79, en disant que les monstruosités sont des déviations du type spécifique, complexes, très-graves, vicieuses, apparentes à l'extérieur, et congéniales. Il forme de toutes les anomalies quatre grandes divisions de plus en plus graves, en sorte que les monstruosités se trouvent dans la dernière, ainsi qu'on le voit dans ce tableau, et seront decrites dons un second volume.



Chap. II. *Caractères généraux de la monstruosité*, etc.

Chap. III. *Détermination des anomalies considérées principalement sous le rapport de leur gravité*.

Chap. IV. *Principales définitions de la monstruosité et résumé des caractères des quatre divisions des anomalies*.

Chap. V. *Des principales classifications tératologiques*.

Dans ces quatre chapitres, l'auteur fait preuve de talent, d'instruction. Quoique jeune encore, il a déjà beaucoup pensé, beaucoup réfléchi avec un esprit droit; mais il y a peut-être un peu de prolixité dans ses considérations générales. Elles ont d'ailleurs trop d'étendue et ne peuvent être que difficilement saisies, parce qu'elles précèdent l'exposition des faits particuliers dont elles sont déduites.

Chap. VI. *Application de la méthode naturelle à la tératologie*. L'auteur emploie de nombreuses pages pour démontrer la possibilité, l'avantage de classer d'une manière naturelle, c'est-à-dire juste et raisonnable, les objets de la science des monstruosités; car ce qu'on nomme improprement la méthode des naturalistes n'est rien autre chose, c'est la méthode naturelle à l'esprit humain. Elle consiste à donner aux choses, êtres, phénomènes ou qualités et propriétés, des noms communs qui indiquent et rappellent leurs ressemblances, et d'autres noms qui se rapportent à leurs différences. Or, cette méthode étant naturelle à l'homme, et l'homme ne pouvant procéder autrement,

on conçoit qu'il n'y a pas à discuter pour prouver qu'il est avantageux de l'appliquer aux monstruosités; la chose la plus pressante à faire est de montrer qu'il ne peut pas en être autrement; que ceux qui repoussent cette méthode, la repoussent parce qu'ils n'y ont pas assez réfléchi, ne la connaissent pas et ne l'euteodent point. Et la preuve, c'est qu'il est impossible de traiter un sujet sans adopter une classification, et sans adopter la plus naturelle que l'on puisse imaginer; c'est que les classificatious mentionnées par M. Geoffroy-Saint-Hilaire sont toutes dans ce cas, quoiqu'elles soient plus ou moins bonnes et plus ou moins vicieuses.

Aussi M. I. Geoffroy et les adversaires auxquels il répond n'ayant pas aperçu la chose sous ce point de vue, discutent vainement sans se comprendre, et tombent tour à tour dans des erreurs qu'ils auraient certainement évitées sur un autre terrain. Ainsi, jugeant par l'ouvrage de M. Isidore Geoffroy, car je n'ai pas le mémoire de M. Vernière sous les yeux, celui-ci repousse la méthode naturelle en disant : est-il possible de diviser en classes, en genres, en espèces, des monstres qui en définitive sont hommes, etc.? Cela est si possible, que cela se fait, et que l'on ne peut pas faire autrement. Demandez à M. Vernière si un acéphale et un hermaphrodite sont des monstres? Il répondra oui, et ne vous dira pas ce sont des hommes. Il ne dira pas même que ce sont des monstres humains, car la question ne demande pas à quel genre d'animaux ils appartiennent; et s'il le disait, il ferait croire que ces monstres seraient propres au genre humain, ce qui ne serait pas sa pensée. M. Vernière n'a pu imaginer qu'en divisant les monstres en classes, en genres, en espèces, on admette un monde à part des autres animaux, un monde de monstres capables de se reproduire, et ayant ses genres et ses espèces comme les animaux réguliers. Pourquoi donc rejeter des dénominations qui, employées d'abord vaguement dans le langage vulgaire, l'ont été ensuite d'une manière plus précise dans le langage des naturalistes pour désigner des affinités plus ou moins nombreuses, des affinités croissantes et décroissantes, soit entre des êtres matériels, soit entre des choses immatérielles? Pourquoi donc ne pourrait-on pas dire que l'*acéphalie* et l'*hermaphradisme* ne sont pas des monstruosités de même espèce et de même genre. Mais, dira-t-on peut-être, les monstres présentant souvent plusieurs espèces de monstruosités qui ne coexistent pas nécessairement, comme l'acéphalie, la hernie du cœur, l'hermaphrodisme, faudra-t-il donc en faire trois genres ou trois espèces? Vous suivrez la méthode naturelle à l'esprit humain, vous donnerez un nom simple, clair, le moins grec possible à chaque monstruosité, vous en formerez trois adjectifs pour désigner les monstres eux-mêmes. Et vous vous en servirez comme un biographe, lorsqu'il vous dit que Michel-Ange était à la fois peintre, sculpteur et architecte.

M. Isidore Geoffroy s'embrouillant, en répliquant à M. Vernière, nie qu'un acéphale né d'une femme, soit un être humain (p. 114), *anatomiquement parlant*. L'auteur n'ajoute ces derniers mots que pour sauver le paradoxe contre lequel se révolte, j'en suis sûr, la justesse de son esprit. Et puis, comme ce n'est pas trop de deux pour faire passer un paradoxe si choquant, il appelle à son secours Leibnitz qui ne veut pas que l'on s'arrête à la naissance pour déterminer l'espèce d'un monstre. Si Leibnitz a voulu dire l'espèce d'un monstre acéphale ou hermaphrodite par exemple, il a raison ; mais s'il avait voulu dire qu'il ne faut pas s'arrêter à la naissance, pour savoir si c'est un être humain ou un monstre de chien, cette pensée serait indigne de lui. Le mot espèce employé par Leibnitz dans le passage cité par M. Geoffroy, étant équivoque ne saurait éclairer la discussion. M. Geoffroy tient lui même un tel compte de l'origine, qu'il dit plus loin (p. 206) à l'occasion de la *race*, qui est une expression synonime de genre, d'espèce, ou de *variété*, qu'il entend par ce mot une collection d'individus généralement très-semblables entre eux et ayant une *origine commune*.

Deuxième partie. *Faits particuliers; anomalies simples ou hémitéries.* Liv. I.er. *Anomalies de volume*. L'auteur y trace savamment l'histoire du *nanisme*, du *géantisme*, quoiqu'il eût pu la raccourcir avec avantage. Son chapitre sur les variations héréditaires de la taille chez les animaux et chez l'homme laisse bien à désirer ; mais il renferme plusieurs observations ingénieuses.

Liv. II. *Anomalies de forme.* — Il offre peu d'intérêt et est très-incomplet.

Liv. III. *Anomalies de structure.* Chap. I.er. *Albinisme*, Chap. II. *Mélanisme.* — L'histoire des taches sanguines est imparfaite sous le rapport médical, aussi bien que les anomalies par mollesse des organes durs et par induration des organes mous du chap. IV. Il est vrai que l'auteur paraît s'abstenir de décrire les anomalies morbides. Mais alors pourquoi en a-t-il décrit de ce genre dans plusieurs endroits, et notamment dans les livres I.er et IV.

Liv. IV. *Anomalies de disposition* (p. 545). — Le chap. I.er de ce livre rapproche des faits bien éloignés les uns des autres : les déplacemens de l'encéphale, du cœur, des viscères abdominaux, le pied-bot, l'inclinaison ou les déviations de la colonne vertébrale ; le prolongement des cornes, des sabots des ruminans, du bec des oiseaux, qui ne sont pas des déplacemens. Leur histoire anatomique ou physiologique est d'ailleurs très-imparfaite et leur histoire pathologique nulle.

Chap. 2. Les faits réunis dans ce chapitre ont aussi peu d'analogie les uns avec les autres, que ceux du précédent. Pour moi, du moins, j'en trouve peu entre les anomalies que présentent les attaches des muscles, qui ne sont que des connexions de continuité, et les anomalies des embranchemens vasculaires, l'embouchure de l'intestin, du

vagin, dans la vessie, etc. Le paragraphe relatif aux embranchemens anormaux des vaisseaux les uns sur les autres en donne d'ailleurs une bonne idée par les faits nombreux que l'auteur y a rassemblés.

Le chap. 3, qui traite *des anomalies par continuité des parties ordinairement disjointes*, rapproche l'imperforation des orifices extérieurs de la réunion latérale des doigts, des dents.

Le 5.e, qui s'occupe des *anomalies par disjonction de parties ordinairement continues*, et réunit sous ce titre la perforation du diaphragme, la conservation du trou inter-auriculaire, du canal artériel, et puis le bec-de-lièvre, etc. : ces rapprochemens me paraissent encore forcés.

Et tous ces rapprochemens que je trouve forcés sont dus, suivant moi, à la classification que l'auteur a adoptée. Je crois qu'il le sentira mieux que personne, si, pour en indiquer une seule cause, il veut remarquer que ses divisions principales, ses cinq livres, sont fondés chacun sur un seul caractère matériel; 1.° le volume; 2.° la forme; 3.° la structure; 4.° la disposition; 5.° le nombre ou même l'existence des organes; tandis que ce qui distingue les bonnes classifications, c'est d'être toujours établies sur un grand nombre de caractères. La classification de M. Geoffroy a au reste bien d'autres vices. Un des plus saillans, c'est qu'elle oblige sans cesse l'auteur à rappeler les mêmes anomalies dans différens chapitres, par suite des ressemblances de famille qu'elles ont avec les anomalies de ces différens chapitres, et des droits réels qui leur permettraient de s'y établir.

Je ne me permettrai plus qu'une remarque critique sur cet ouvrage; c'est que le sujet n'en est pas nettement circonscrit. Ce n'est pas un Traité des anomalies organiques de l'état sain, car l'auteur y a décrit des anomalies morbides même très-graves; ce n'est pas non plus un Traité *d'anatomie morbide*, car il n'y parle pas des anomalies causées par les maladies que nous traitons en médecine et en chirurgie; ce n'est pas non plus un Traité des vices ou des anomalies du développement de l'embryon et du fœtus, car il y est question du *géantisme*, du *nanisme*, de l'embonpoint extraordinaire. Je dirai, pour le caractériser de mon mieux, que c'est un livre sur le développement anormal de l'homme et des animaux. Mais ce ne sont là que des erreurs de forme, et je suis heureux de n'avoir que des éloges à donner sur le fond. M. Geoffroy-Saint-Hilaire a traité son sujet avec beaucoup de savoir. Il fait preuve partout d'une excellente érudition et d'un esprit très-droit. Encore quelques auteurs de cette trempe, et la France se dégoûtera de ceux qui font un livre en cinq ou six mois; de ceux qui ne lisent et ne connaissent que quelques classiques de leurs temps, et n'en citent pas moins à tort et à travers en phrases alignées, une foule d'auteurs dont ils ne connaissent que les noms. GERDY.

Considérations pratiques sur les névralgies de la face; par HALLIDAY, *docteur en médecine des Facultés d'Edimbourg et de Paris. Paris*, 1832. *In*-8.°, 169 *p*.

Voici une bonne monographie sur les névralgies faciales écrite par un médecin étranger, dans un style que ne désavourait aucun médecin français. Après avoir établi que tout ce qu'on trouve dans les ouvrages antérieurs à ceux d'André de Versailles, Sauvages et Fothergill, sur le tic douloureux de la face, n'aboutit qu'à démontrer qu'on fut de tout temps en proie à cette cruelle maladie, M. Halliday n'en recherche pas moins, dans les écrits des anciens, les notions plus ou moins précises qu'ils ont eu de cette affection. Hippocrate, Celse, paraissent l'avoir connue et décrite; Aretée est plus explicite à ce sujet; Cœlius-Aurelianus semble avoir connu surtout le tic non douloureux de la face; Galien va jusqu'à indiquer la 3.e paire des nerfs cérébraux et le cerveau lui-même, comme la source des névralgies de la face. Les arabes n'ont pas connu le tic douloureux. Il faut arriver au 17.e siècle, pour trouver dans Strobelberger, et le recueil des Mémoires de l'Académie des Curieux de la nature, des notions précises fondées sur des faits particuliers à la névralgie faciale. Degner, Fr. Hoffmann, en ont fait connaître quelques cas. C'est à André, chirurgien de Versailles, qu'il faut rapporter, avant Fothergill, l'honneur d'avoir connu le véritable caractère de la maladie. Sauvages et Fothergill sont venus donner à ses observations l'autorité de leur nom. Une foule d'auteurs les ont suivis dans cette voie. Enfin, dans le courant de notre siècle, les faits se sont multipliés, ainsi que les travaux spéciaux, parmi lesquels se distinguent ceux de Meglin, Frank et Masius. Cette espèce d'introduction historique, modèle d'érudition et de sagacité, fait le plus grand honneur à M. Halliday, et suffirait pour donner un véritable prix a sa brochure.

Mais ce n'est pas le seul mérite de cet ouvrage : sous le rapport pratique, il il a celui de bien distinguer les unes des autres les névralgies des différens nerfs et de leurs divers rameaux : des exemples sont donnés : 1.° De la névralgie de la branche ophthalmique de la 5.e paire, de son rameau lacrymal, de la branche frontale, du rameau nasal.

2.° Pour le nerf maxillaire supérieur des rameaux dentaire postérieur et sous-orbitaire.

3.° Des branches linguales et mentonnière du nerf maxillaire inférieur.

4.° Des névralgies du nerf facial, moins fréquentes qu'on ne le pense généralement.

5.° De la névralgie mastoïdienne décrite par Paletta.

Cette distinction des névralgies de la face] entr'elles exclue le con-

seil aveugle d'inciser ou de cautériser les branches, quand la névralgie est dans le tronc; elle empêchera surtout d'attaquer le tronc du nerf facial pour des névralgies du nerf maxillaire, etc.

M. Halliday ne s'est pas contenté de donner une description générale des névralgies faciales et un diagnostic aussi bien établi que faire se peut entre ces affections et les douleurs rhumatismales ou arthritiques de la face. Il a fait aussi une rude guerre aux médecins dits *organiciens*, qui veulent rattacher forcément ces névralgies à quelqu'altération organique du cerveau ou des nerfs. A l'appui de cette opinion, il a cité le vide ou l'insuffisance des recherches d'anatomie pathologique, lorsque la névralgie faciale n'est pas une complication d'autres maladies organiques. Cependant, nous lui reprocherons de n'avoir pas signalé la névralgie faciale qui résulte de l'existence de ce qu'on appelle ganglions nerveux. M. Dupuytren en a cité un exemple: l'ablation guérit le malade. Ici, l'anatomie pathologique n'était pas en défaut. L'auteur s'est demandé, enfin, s'il était possible de dire quelle est la nature du tic douloureux? Cela le conduit à l'examen d'une question beaucoup plus générale: que doit-on entendre par la nature d'une maladie? Ici, nous le laisserons parler lui-même : on jugera mieux quelle est la portée du livre et de l'auteur.

« Nous dirons que ce qu'on peut appeler la connaissance de la nature des maladies se borne à la détermination des rapports fondamentaux qu'elles ont les unes avec les autres; que la découverte de la nature d'une maladie jusque là peu connue, n'est pas autre chose que la découverte qu'on fait des grandes analogies qu'elle a avec d'autres maladies plus communes, plus anciennement étudiées, et dont beaucoup de médecins se sont habitués à penser qu'on connaît la nature intime et essentielle, comme si l'on connaissait la nature intime de quelque chose, dans le sens qu'attachent à ces mots les philosophes dogmatiques et explicateurs. Et cette nature des maladies n'est point une chose absolue et déterminée, de laquelle on puisse dire, à l'occasion de quelque sujet que ce soit, qu'on l'a trouvée, et qu'il ne reste plus rien à y chercher; non, c'est au contraire un fonds inépuisable, et où il y aura toujours à découvrir, car il y aura toujours à reconnaître de nouveaux rapports entre des objets aussi susceptibles que les maladies d'être considérés sous une multitude de faces différentes. » Nous donnons au lecteur le conseil de voir dans le livre l'explication de ces idées abstraites par quelques exemples.

M. Halliday, dans l'histoire du traitement du tic douloureux, n'a voulu parler que des moyens qui comptent un certain nombre de succès bien constatés. Il commence par diviser la thérapeutique de cette maladie en rationnelle et empirique.

La thérapeutique rationnelle est divisée de la manière la plus conve-

nable, pour suivre les indications. Suivant lui, le traitement doit être fondé, tantôt : 1.° Sur la considération de l'état général du sujet.

2.° Sur la connaissance des causes de la névralgie.

3.° Sur la considération du caractère et sur celle du type de la maladie.

4.° A titre d'affection purement nerveuse.

5.° Sur l'emploi de la méthode pertubatrice.

6.° Enfin, d'après les complications.

Ces divisions, en même temps qu'elles servent de guide au praticien, sont d'ailleurs des plus favorables à l'étude et à l'appréciation des médicamens employés contre le tic. On trouvera sous le 3.e titre, une belle observation de l'usage de l'arsénic. La jusquiame, la belladone, le datura-stramonium, l'aconit, l'assa-fœtida, le camphre, l'opium, dans l'ordre de leur efficacité successivement appréciée.

Puis vient le tour de la thérapeutique empirique où les médicamens sont rangés en deux classes, suivant qu'ils sont donnés intérieurement, ou appliqués à l'extérieur.

Dans la 1.re classe, l'acétate d'ammoniaque, l'antimoine et ses préparations, la ciguë, la *coccionella septem punctata*, l'hydro-chlorate de potasse, l'acide hydro-cyanique, le mercure, la strychnine, l'oxyde de zinc. Dans la 2.e, les applications d'huile de croton-tiglium, de cajeput, de menthe, d'éther sulfurique, d'opium, d'extrait de belladone, d'huile de jusquiame, de sublimé corrosif en solution d'ammoniaque caustique, les frictions de céruse, de mercure, les bains, l'électricité, l'acupuncture, le galvanisme, l'aimant.

Tous ces moyens sont évalués par les faits. Enfin, le traitement chirurgical est réduit à sa juste valeur. Ainsi restreint dans ses véritables limites, il ne peut que gagner aux yeux des médecins, puisque son usage sera moins infidèle. M. Halliday n'a pas voulu faire un traité des névralgies faciales : il aurait pu grossir son livre d'un grand nombre d'observations; il a laissé ces recherches au lecteur; mais c'est dans le cadre qu'il a décrit qu'il faudra désormais étudier la névralgie faciale, je dirais presque toutes les névralgies, et je ne crains d'être démenti par personne, en disant que ce cadre ne pouvait pas être mieux tracé. LAUGIER.

Dissertation on the congenital malformations on the heart. — Dissertation sur les vices de conformation congénitaux du cœur; *par* JOHN PAGET, *président de la Société royale de Médecine.* — Edimbourg, 1831, *in*-8.°, 54 *p.*

Depuis un nombre assez limité d'années, les physiologistes se sont occupés d'une manière active, en France et en Allemagne, de l'étude

difficile et variée des vices de conformation; de précieux aperçus pour la pathologie et la physiologie ont été le résultat de leurs recherches. En Angleterre, on ne parait pas avoir encore senti l'importance de ce sujet traité de manière à en former un corps de science. Quelques-uns des écrivains de cette nation se sont bornés à publier des descriptions isolées, en s'attachant particulièrement à la rareté des cas qu'ils présentaient, tandis que de la généralisation des faits seulement peuvent découler quelques fruits pour la science.

Le docteur Paget a cherché à imprimer une nouvelle direction aux travaux de ceux de ses confrères qui s'occupent des *monstres*, en publiant un ouvrage *ex professo* sur cette matière, donnant ainsi le précepte et l'exemple.

Les anatomistes Allemands semblent avoir les premiers étudié les monstruosisés sous un point de vue philosophique. Mais si les Français n'ont pris la plume qu'après eux, ils ne sont restés en arrière ni pour le nombre, ni pour l'importance des travaux et des découvertes. De cette étude, chaque auteur a cru pouvoir déduire quelque loi générale; ainsi Meckel y voit la preuve du développement graduel des différens organes; Geoffroy-Saint-Hilaire celle de l'unité dans l'organisation; Serres en conclud à la formation du corps, de la circonférence au centre. Mais les faits sont-ils assez nombreux et assez comparés entre eux, pour qu'on puisse se hasarder à formuler une théorie? Qu'une adhérence entre le fœtus et le placenta, et la modification de la circulation qui en résulte, donnent lieu, suivant M. Geoffroy, à des anomalies dans la structure des organes intérieurs, quelle influence cette disposition pourrait-elle avoir sur la conformation des parties internes du cœur? La relation qui existe, d'après M. Serres, entre la présence des artères et le développement des parties qu'elles sont destinées à nourrir, est plus applicable à tous les cas? Fera-t-on jouer, avec Tiédemann, aux nerfs le rôle que M. Serres fait jouer aux artères? Voici un fait qui répond à tous les deux. Le professeur Mayer cite (*Graefe und Walter's jour.*, tom. X., cahier 2.) un fœtus de grandeur ordinaire, portant attachée au sternum une ébauche de fœtus consistant dans un bassin et deux membres abdominaux très-bien conformés. Le sang passait dans ce fœtus parasite par la mammaire interne du fœtus normal; cette artère se divisait en deux branches pour les deux membres pelviens; il n'y avait aucun vestige de système nerveux cérébro-spinal; les nerfs sciatique, crural et obturateur manquaient, etc.

Le docteur Paget, qui a fait précéder l'opuscule que nous analysons de quelques généralités sur les monstruosités, éprouve, pour la classification des *monstres*, les mêmes difficultés que pour la création d'une théorie. Celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour ne correspondent pas à tous les faits variés auxquels

elles devaient offrir une place. On n'a considéré que l'organe déformé, comme si le développement de cet organe était tellement lié à celui de tous les autres, qu'il en dût résulter un corps d'une conformation identique dans tous les cas analogues; de là, des définitions incomplètes. M. Paget, au contraire, pense qu'il y a très-peu de sympathie et point de connexion absolue dans la formation du corps, entre le développement des différentes parties du même corps. D'après cela, un *monstre* ne doit point être décrit et classé comme un ensemble où tout se lie; mais on doit considérer séparement chaque organe ou système d'organes affecté de vice de conformation. Il admet donc, non pas des *monstres*, mais des vices de conformation, 1.° par défaut ; 2.° par excès ; 3.° par position vicieuse.

Le docteur Paget a lu avec soin tous les auteurs qui ont cité des vices de conformation du cœur ; son mémoire peut être considéré comme un curieux répertoire de tout ce que la science possède sur ce sujet, il ne laisse point échapper, lorsqu'elles se présentent, les occasions de déduire des faits quelque donnée utile à la physiologie ; il ne se borne pas à extraire d'un autre livre des faits qu'il consigne dans le sien ; il réunit, avec critique et sagesse, ceux qui sont épars, et par là peu utiles. En se bornant aux vices de conformation d'un seul organe, et surtout de celui qui joue un si grand rôle dans l'organisme; il a construit, pour ainsi dire, une monographie, bonne à consulter, ne fût-ce que pour la partie bibliographique.

Dans la dernière partie de son ouvrage, il est traité des phénomènes pathologiques dus à l'existence d'un vice de conformation du cœur, des symptômes qui peuvent la révéler, et du traitement possible. Cette partie se ressent de l'obscurité du sujet; mais l'auteur s'y montre, comme dans le reste de sa dissertation, versé dans la littérature médicale étrangère. A l'occasion de la cyanose, on a dit que le fœtus, dont les vaisseaux, dans le sein de sa mère, *ne charrient que du sang veineux*, n'est cependant pas bleu. M. Paget relève cette erreur ; il résulte des expériences des docteurs Bostock, Jeffray, Holland, que le sang qui circule, dans les artères ombilicales, n'est point de la même couleur que celui de la veine du même nom, et que cette dernière charrie du sang artériel. R.

De hæmorrhagiâ inter partum ortâ ex rupto venæ umbilicalis ramo. Dissertatio inauguralis medico-obstetriciâ quam, in Universitate Carola-Ruperta, publicas ubmettit examini Roberstus Benckiser. Heidelberg, 1831. *In-4.°, planches.*

Les vaisseaux ombilicaux, réunis en un cordon à leur sortie du nombril du fœtus, peuvent, au lieu de se rendre au centre ou à l'un des bords du placenta, s'implanter dans les membranes, se diviser dans la du-

plicature du chorion et de l'amnios, pour arriver en divergeant vers la circonférence de cet organe vasculaire. Cette disposition particulière des vaisseaux est extrêmement rare. Les faits qui la constatent sont dispersés dans une foule de mémoires, de recueils scientifiques, et dans divers ouvrages d'accouchemens. Pour bien connaître l'histoire de ce singulier accident, il faudrait recueillir les observations, les réunir, et les soumettre à la discussion. Cette étude pourrait nous conduire à prévoir les accidens qui peuvent naître de cette dispersion des vaisseaux dans les membranes et à établir des préceptes de conduite, pour les combattre, s'ils survenaient. Sandifort fut le premier qui avertit l'accoucheur du péril que cette disposition des vaisseaux pourrait entraîner, dans la rupture des membranes pendant le travail de l'enfantement. Le précepte qu'il donna d'abandonner, dans ces cas, l'expulsion du placenta aux efforts de la nature fut souvent reproduit à la suite des observations que les auteurs avaient recueillie sur ce sujet : mais on avait entièrement oublié les prévisions qu'il avait portées, lorsqu'un fait arrivé à l'hôpital d'accouchement d'Heidelberg vint les rappeler, et justifier les craintes qu'il avait exprimées. L'observation est trop remarquable, pour ne pas en donner ici une analyse.

Une femme âgée de 26 ans était arrivée au terme de sa troisième grossesse, lorsqu'elle fut admise dans l'hôpital d'accouchement d'Heidelberg : ce travail s'annonça le 7 décembre 1830, à midi; la poche des eaux se forma à mesure que l'orifice de l'utérus s'effaçait. A travers les membranes on distinguait un cordon de la grosseur d'une plume à écrire se dirigeant de derrière en avant. Il était sans pulsation. Les membranes paraissaient plus denses, l'exploration fut faite avec soin sous la surveillance du professeur Naegele, et les élèves durent constater cet état de choses. Les membranes ne tardèrent pas à se dessiner; mais un écoulement continuel de sang succéda à celui des eaux de l'amnios. Au toucher, on reconnut la présence de la tête déjà engagée dans l'excavation, et on sentit une partie du cordon ombilical, près de la symphyse sacro-iliaque gauche, donnant à peine quelques pulsations. Après des tentatives faites pour replacer ce cordon dans la matrice, M. Naegele appliqua le forceps, et fit l'extraction de l'enfant. Au milieu de cette opération, une nouvelle quantité de l'eau de l'amnios mêlée de sang s'écoula des parties de la mère. Depuis la rupture des membranes, jusqu'à la sortie du fœtus, il n'y eut qu'un quart d'heure d'intervalle. L'écoulement sanguin avait toujours persisté; la délivrance s'opéra d'elle-même. L'enfant, que la mère avait senti remuer quelques instans avant l'extraction, offrait à peine quelques signes de vie; tout son corps était d'une pâleur remarquable. Cependant il ne pouvait avoir perdu que cinq à six onces de sang. Malgré tout, les efforts de l'art furent inutiles pour le rappeller à la vie. La

mère, après quatorze jours de soins, quitta l'hôpital jouissant d'une bonne santé.

L'autopsie cadavérique de l'enfant fut faite. Les vaisseaux étaient vides de sang, surtout dans les membranes du cerveau et dans les viscères du bas-ventre et de la poitrine. Toutes les parties étaient bien conformées et n'offraient aucune altération dans leur structure. A l'examen des membranes de l'œuf, il fut facile de reconnaître que le cordon qu'on avait senti, durant le travail et avant la rupture de la poche des eaux, était une branche de la veine ombilicale; elle avait été déchirée avec les membranes qui l'enveloppaient et avait fourni le sang qui s'était écoulé. Voici la disposition des vaisseaux ombilicaux, telle qu'elle a été observée. Dans le dessin que l'auteur a levé, le cordon ombilical ne présente rien de notable jusqu'au lieu de son insertion dans les membranes. Mais, arrivée à ce point, la veine ombilicale fournit une branche de la grosseur d'une plume à écrire, qui, dans son trajet à travers les membranes, s'éloigne de plus en plus du pourtour du placenta, et en est séparée de trois pouces de distance. C'est à cet endroit que cette branche a été rompue, lors de la déchirure de la poche des eaux. Après, elle se rapproche du placenta, pour se diviser en deux rameaux, et se perdre du côté opposé de cet organe. La veine ombilicale donne un peu plus bas une autre branche, qui s'éloigne moins du placenta, et va se perdre, en se divisant, dans cette masse, mais du côté opposé au lieu d'insertion du cordon. Je ne suivrai pas les autres branches de la veine ombilicale, car elles n'offrent rien de remarquable. Les artères ombilicales s'écartent moins du placenta que les veines. Néanmoins l'artère du côté de la branche veineuse rompue se trouve limiter la déchirure des membranes. Le placenta pesait 17 onces; sa longueur était de 6 pouces, sa largeur de 5 pouces, et son épaisseur, à son centre, d'un pouce et 10 lignes. Sa structure présentait les conditions ordinaires. Les membranes étaient plus denses et plus fermes; elles n'offraient dans leur déchirure qu'un espace suffisant pour le passage du fœtus.

Cette observation a fourni au docteur Robert Benekiser l'occasion de composer une excellente thèse, où sont réunis en ordre et choix la plupart des faits relatifs à l'insertion et à la distribution des vaisseaux ombilicaux dans les membranes de l'œuf. Je ne dirai rien des observations dont cet auteur a pu s'entourer pour parvenir à l'exécution de son travail; je me bornerai à relater les deux préceptes de conduite qu'il propose dans les cas où cette disposition des vaisseaux se présenterait, comme dans l'observation rapportée, et où elle serait reconnue. Il est probable que l'enfant aurait continué de vivre, si l'accouchement eut été terminé immédiatement après la rupture des membranes. C'est par cette raison que cet auteur donne le con-

seil de procéder sur le champ, après cette rupture, à l'extraction du fœtus, soit par l'application du forceps, soit par la version, suivant la position de la tête. Mais pour réunir les conditions les plus heureuses de cette opération, il est nécessaire de respecter la poche des eaux, de favoriser son développement et de retarder la rupture des membranes jusqu'à ce que le col soit largement ouvert et permette l'introduction de la main ou des branches du forceps dans la cavité utérin. S'il n'est permis qu'à l'expérience de confirmer ou de détruire ces préceptes, nous pourrons attendre long-temps ses arrêts. Cependant nous devons nous servir de quelques données pour juger de la valeur de ces mêmes préceptes. L'incertitude du diagnostic, les difficultés de s'opposer à la rupture des membranes, le temps nécessaire pour opérer l'extraction de l'enfant doivent nous inspirer beaucoup de doutes sur le succès de cette conduite. La poche des eaux, tendue par l'accumulation successive du liquide, éclatera avec violence, et les membranes seront tout-à-coup déchirées en tous sens sous l'impulsion d'une douleur. La veine qui s'y trouvera renfermée sera nécessairement rompue. Les craintes que nous exprimons doivent diminuer, si l'on se rappelle que ces préceptes ont été puisés à l'école du professeur Naegele; c'est un de ces noms qui appellent la confiance sur les opinions auxquelles ils se rattachent. P. G.

Mémoire sur l'emploi de l'agaric blanc contre les sueurs dans la phthisie pulmonaire ; par E. Bisson, *D. M. Paris*, 1832. *In*-8.°, 35 *p. Chez Baillière.*

La sueur excessive est l'un des symptômes de la phthisie qui sont les plus incommodes au malade, et qui, par les pertes considérables qu'elles leur causent, accélèrent davantage l'issue fatale de cette affection. M. le Dr Rayer, après avoir essayé successivement tous les agens recommandés contre les sueurs des phthisiques, a fait de nombreuses expériences avec l'agaric blanc qui avait été employé également dans ce but. Mais si ce médicament avait eu quelque succès, il avait été dans plusieurs cas plus nuisible qu'utile. Il restait donc, comme le dit M. Bisson, à déterminer les cas où ce médicament peut être prescrit avec avantage, ceux où il est peu utile, et ceux dans lesquels il doit être rejeté. Ce sont les faits sur lesquels repose cette appréciation qui constituent ce mémoire intéressant, modèle de la bonne manière de procéder en thérapeutique.

Une première série d'observations cliniques comprend les cas de phthisie avec sueurs nocturnes, sans complication de dévoiement; une seconde série, les cas de phthisie avec complication de dévoiement passager, apparaissant par intervalles, et cédant facilement aux opia-

cés; une troisième série, les cas de phthisie compliquée de dévoiement périodique d'abord, et devenant continu par les progrès de la maladie. Enfin, à une quatrième série se rattachent les cas de phthisie dans lesquels le dévoiement continu ou habituel cède peu ou point à l'emploi de l'opium.

De ces observations, expssées avec les détails nécessaires, l'auteur conclut :

1.° Que l'agaric blanc peut être employé avec avantage contre les sueurs nocturnes des phthisiques;

2.° Qu'à la dose de quatre, six, huit ou dix grains, administrés pendant quelques jours, il fait ordinairement disparaître les sueurs, lorsque les malades n'ont point de diarrhée;

3.° Qu'aux mêmes doses, et combiné avec l'extrait gommeux d'opium ou le sirop diacode, il peut être également employé avec avantage, dans le même but, chez les phthisiques atteints de sueurs et de diarrhées passagères;

4.° Que dans la phthisie, lorsque le dévoiement, d'abord passager, devient continu malgré les opiacés, l'agaric cesse d'être utile;

5.° Qu'il aggrave les diarrhées rebelles à l'opium, et ne doit pas être employé chez les phthisiques dans de semblables conditions;

6.° Enfin, que lorsqu'il agit avec efficacité et fait cesser les sueurs, il rend le sommeil plus calme, prévient ou ralentit l'épuisement. Et si la phthisie ne peut être guérie par ce moyen, il rend au moins plus lents les progrès du mal en faisant cesser un de ces symptômes les plus graves et les plus pénibles.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1833.

De quelques faits intéressans observés à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, *pendant l'année* 1832; *par* A. Duplay.

Obs. Ire. — *Pneumonie droite, hépatisation grise. — Ramollissement particulier du parenchyme pulmonaire.* —La nommée Herrard, âgée de 65 ans, entre le 24 novembre à l'hôpital de la Charité; elle était au huitième jour d'une pneumonie pour laquelle on lui avait pratiqué une saignée du bras et fait une application de sangsues sur le côté malade. Elle présente lors de son entrée l'état suivant: pouls dur, à 100 pulsations par minute; respiration pénible, toux fréquente, expectoration nulle. La poitrine percutée résonne bien à gauche; à droite, le son est mat dans presque toute la partie postérieure; soufle bronchique; bronchophonie éclatante, la voix résonne avec force. Dans certains points, on entend pendant les grandes inspirations un peu de râle crépitant. La langue est humide, pas de nausées, pas de selles. (Saignée du bras de trois palettes, potion gommeuse avec tartre stibié gr. ij).

Le lendemain, l'état de la malade semble un peu amélioré; l'oppression est un peu moindre. Quant aux symp-

tômes locaux ils sont les mêmes. (Nouvelle saignée de deux palettes, pectorale miellée, tartre stibié gr. ij).

Le 26, pouls petit, face pâle, un peu d'expectoration rouillée. Le poumon droit présente toujours du soufle et de la matité, la langue est un peu sèche. Il y a eu des nausées, des vomissemens et plusieurs selles en diarrhée. (Tisane pectorale miellée, large vésicatoire sur la poitrine).

Rien de remarquable le 28; mais le 29 au matin, pâleur de la face, oppression plus forte; langue enduite d'une couche collante et grisâtre. Le crachoir de la malade est rempli d'une expectoration grisâtre composée d'un liquide séreux d'un gris sale dans lequel nagent quelques parcelles de mucus de la même couleur; du reste la matière expectorée n'a aucune odeur. En auscultant la poitrine, râle muqueux très-gros dans tout le poumon, sorte de gargouillement à sa partie inférieure. La malade succomba le lendemain 30 novembre.

Autopsie faite vingt-cinq heures après la mort. — *Tête.* Membranes cérébrales à peine injectées; la substance grise et blanche saine, un peu de sérosité dans les ventricules, environ une cuillerée à café.

Thorax. Poumon gauche sain, bien crépitant dans toute son étendue, excepté à la base où il y a très-peu d'engouement et d'infiltration séreuse. Poumon droit bien crépitant à sa partie antérieure et supérieure. Dans toute sa partie postérieure, dans son lobe inférieur et moyen, le tissu est entièrement imperméable à l'air. Il est frappé d'hépatisation grise mais peu avancée encore. Le tissu pulmonaire se déchire facilement, et laisse suinter plus de sérosité que de matière purulente; dans l'hépatisation grise très-avancée au contraire, lorsque l'on déchire le tissu pulmonaire, on en exprime un liquide onctueux et formé presque exclusivement de pus. Ici le liquide est plus séreux que purulent. Vers la base du lobe inférieur, la plèvre, qui semble s'être séparée du parenchyme pulmonaire, forme une sorte de

vésicule. Lorsque l'on incise le tissu de l'organe, il s'échappe de cette sorte de poche un liquide d'un gris sale, le parenchyme pulmonaire vers ce point est profondément altéré, il est ramolli, comme macéré par ce liquide qui lui a communiqué sa coloration. Lorsqu'on y verse de l'eau, on voit le détritus du tissu pulmonaire former des filamens grisâtres qui flottent au milieu du liquide. Du reste cette portion ainsi ramollie n'offre pas l'odeur de la gangrène. Tous les autres organes sont sains, l'estomac est un peu injecté vers le grand cul-de-sac.

Si l'altération du tissu pulmonaire qui existe chez cette femme, a de l'analogie avec quelque affection, c'est certainement avec la gangrène du poumon. Elle s'en rapproche en effet sous le rapport de la coloration et de l'aspect du tissu pulmonaire. Les espèces de cavernes qui succèdent à la destruction gangréneuse du tissu pulmonaire, sont en effet formées aussi par la substance du poumon réduite en une sorte de pulpe dans laquelle le lavage montre un grand nombre de filamens grisâtres qui flottent au milieu du liquide. Un seul caractère manque chez notre malade, c'est l'odeur gangréneuse, cette odeur particulière, qui ne peut être méconnaissable quand on l'a sentie une fois. Chez elle les crachats pendant la vie, le tissu pulmonaire frappé de ramollissement après la mort ne répandaient aucune odeur. Ce ramollissement est donc d'une nature particulière; ce qu'il y a de certain c'est qu'il est fort rare, car des recherches faites à ce sujet ne m'ont découvert que très-peu de cas analogues, ou du moins qui s'en rapprochent.

Obs. IIe. — *Gangrène spontanée de la jambe droite; saignée; mort; concrétions dans l'artère crurale, dans les artères de la jambe; dans les veines du côté malade; dans la veine cave; dans les veines iliaque et crurale du côté opposé; dans les veines pulmonaires et dans les cavités du cœur; pétéchies dans la substance cérébrale.* — Marie Martin, couturière âgée de 17 ans, lymphatique et nerveuse, d'une

santé habituellement bonne, ayant toujours eu une alimentation saine, éprouve du malaise vers le milieu du mois d'août; elle maigrit et perd ses couleurs. Vers la fin du mois elle va à la fête du village où elle demeurait. Mais son état de santé ne lui permet de se livrer à aucun des amusemens qui s'y trouvaient réunis. Le soir en revenant chez elle, elle éprouve des frissons et des douleurs vives dans les deux jambes, mais principalement dans la droite et surtout dans le pied du même côté. Les douleurs étaient si aiguës que d'après les expressions de la malade, il lui semblait qu'on lui arrachait les ongles des orteils. Au bout de quatre jours, la température du pied droit commence à baisser. et les douleurs sont toujours aussi fortes. On pratique une saignée du bras, et l'on fait deux applications de sangsues sur le pied malade, mais les douleurs ne diminuent pas, le pied devient plus froid, il prend une teinte bleuâtre; les souffrances étant excessives, on applique de nouveau le 7 septembre, 8 sangsues sur le pied. Le 8, on en applique 10 autres; mais la malade s'affaiblit, son facies s'altère profondément; la douleur aussi vive la nuit que le jour l'épuise rapidement, et on apporte cette jeune fille à l'hôpital de la Charité; le mardi 11 septembre, elle est dans l'état suivant.

Face très-pâle, lèvres décolorées. Langue humide un peu rouge à sa pointe, gencives pâles et anémiques, pas de nausées, pas de vomissemens; constipation opiniâtre depuis quelques jours. La respiration s'opère bien, l'auscultation ne révèle rien de particulier; chaleur vive à la peau; pouls petit et fréquent, marquant 120 pulsations par minute; douleurs très-vives dans le pied droit, dans toute la jambe et dans la partie inférieure de la cuisse; le moindre mouvement, le moindre attouchement excite les cris de la malade. La peau des orteils et du coude-pied a une teinte bleuâtre, elle présente çà et là des taches d'un rouge livide et de forme irrégulière. Toutes ces parties sont froides, la

température normale ne se retrouve qu'à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe; les battemens de l'artère pédieuse, très-distincts sur le coude-pied gauche, ne peuvent être sentis sur le coude-pied droit. On cherche en vain à constater les battemens des artères tibiale postérieure et péronière, du côté droit. Du reste on ne peut les découvrir du côté gauche, ce qui tient à ce que la jambe de la malade est grasse et potelée; à droite les battemens de l'artère poplitée sont nuls, mais ceux de la crurale peuvent être perçus d'une manière assez distincte à la partie supérieure de la cuisse. La malade conserve toute son intelligence, elle se plaint et s'agite constamment. (Limonade citrique; saignée du bras; cataplasme émollient; 1 grain et demi d'opium en 6 pilules d'un quart de grain chaque).

Le soir, l'état de la malade n'a pas changé. Le pouls marque 150 pulsations par minute. Vers la partie inférieure de la jambe droite il existe quelques taches rouges qui n'existaient pas le matin. Les douleurs sont toujours excessives, le moindre attouchement excite les cris de la malade. On pratique une saignée du bras; et l'on ne peut obtenir qu'une palette de sang; sa couleur est celle de la gelée de groseille, il tache les draps en rose clair. (Cataplasme émollient; 1 grain d'opium en 4 pilules; 60 sangsues sur le membre malade).

Le 12, des 60 sangsues prescrites la veille, il n'y en a que six qui aient pris, malgré tous les moyens que l'on ait pu mettre en usage. La face est toujours pâle, les lèvres décolorées, l'état général est le même que la veille. Le pouls est cependant redescendu à 140 pulsations. Mais les douleurs sont intolérables; les plaintes presque continuelles. Le pied présente à peu près le même aspect; la teinte bleuâtre des orteils devient plus foncée; les taches rouges du pied et de la partie inférieure de la jambe prennent une teinte violacée. La température semble s'abaisser dans les points où la veille on la trouvait encore à l'état normal. (Cataplasme, opium 1 grain en 4 pilules; limonade citrique).

Le soir, la malade éprouve presque subitement, et sans qu'un frisson ou quelqu'autre prodrome ne l'ait annoncé, des vomissemens nombreux de matières verdâtres; elle a une oppression excessive, une anxiété très-grande; son cœur bat fortement, sa respiration est hâletante, elle s'agite, pousse des cris continuels, et est tourmentée de pressentimens funestes; le pouls marque 164 pulsations par minute. L'état du membre est le même. (Potion anti-émétique de Rivière).

Le 13, face très-pâle, très-altérée, les vomissemens ont disparu depuis une heure du matin. Il y a eu pendant la nuit plusieurs selles en diarrhée; la langue est pâle et humide; pouls à 150 pulsations; la respiration un peu laborieuse, l'est moins que la veille au soir; le cœur bat fortement; le pied et la jambe jusqu'auprès de l'articulation du genou sont froids, la teinte du pied devient de plus en plus foncée. Les douleurs sont toujours excessives; le mollet est tendu; le genou est excessivement douloureux, là seulement la température est normale; on la sent s'abaisser graduellement à mesure que l'on se rapproche de la partie moyenne de la jambe. (Cataplasme sur la jambe et le pied. Potion anti-émétique de Rivière, eau vineuse.)

Le soir, il survient du hoquet mais sans vomissemens. L'état général et l'état de la jambe sont les mêmes que le matin. Il est survenu des crampes et des douleurs dans la jambe du côté opposé. (Serpentaire de Virginie.)

Le 14, face pâle, exprimant une douleur très-vive, tendance à l'assoupissement; hoquet sans vomissemens; langue humide et décolorée; l'oppression est toujours excessive quoique l'auscultation ne décèle rien. Le pouls marque 144 pulsations; le pied est froid; la peau noirâtre; la jambe est tendue, toujours très-douloureuse. La partie inférieure de la cuisse se refroidit et devient le siége de douleurs excessivement aiguës; la jambe gauche est légèrement tuméfiée. (Serpentaire de Virginie; vin de Ma-

laga ℥j, à prendre par cuillerées; julep pour le soir; cataplasmes sur la jambe.)

15, facies toujours très-altéré; oppression, hoquet; nausées sans vomissemens; la langue toujours pâle, est devenue sèche; l'abdomen est légèrement douloureux; diarrhée, selles involontaires. Tout le pied droit est d'une teinte brune uniforme; l'épiderme commence à se détacher, et une odeur gangreneuse se dégage de cette partie; la cuisse est douloureuse dans toute son étendue; du côté opposé, la jambe est tendue et douloureuse. Le pouls semble avoir pris un peu plus de force depuis la veille; il marque encore 132 pulsations par minute. (Serpentaire de Virginie; Malaga ℥j; julep. La malade demande à boire du thé, on lui en fait donner une infusion légère.)

16. L'état de la malade est le même; la prostration excessive; mort dans la journée.

Autopsie 15 *heures après la mort.* — Le pied droit offre une teinte d'un rouge vineux dans certains points, presque noire dans d'autres, surtout au niveau des orteils où la peau est plus dure, desséchée, comme racornie. La jambe gauche est plus volumineuse que la droite; la peau qui la recouvre présente partout sa teinte normale. Le tissu cellulaire sous-cutané du côté malade est infiltré de sérosité d'autant plus abondante que l'on se rapproche davantage du pied. Le tissu adipeux au lieu d'avoir une teinte jaunâtre offre, comme la peau, une teinte violacée. La cuisse ne présente qu'une très-légère infiltration. Les muscles de la cuisse sont amincis, peu développés, mais ils sont fermes et d'un beau rouge. Ceux de la jambe, pâles, un peu ramollis, infiltrés de sérosité, ainsi que le tissu cellulaire qui remplit leurs interstices, ressemblent aux muscles d'un cadavre qui a subi un commencement de décomposition putride après plusieurs jours de dissection, et qui est infiltré, suivant l'expression usitée dans les amphithéâtres. Le tissu cellulaire du membre opposé est plus

infiltré de sérosité que celui du côté droit, mais le tissu adipeux conserve sa coloration jaune, et les muscles, qui sont moins pâles, conservent leur consistance normale.

Le système artériel, les artères du membre malade présentent les altérations suivantes : l'artère crurale depuis son passage sous l'arcade crurale, forme un cordon arrondi, dur au toucher et fortement tendu ; blanchâtre à son extérieur, elle présente dans son intérieur un caillot d'un blanc sale, friable, et qui, dans certains points, adhère à la face interne du vaisseau. Cette altération qui se continue dans les branches de l'artère crurale, dans les perforantes, s'étend aussi à l'artère poplitée. L'artère tibiale antérieure, fendue dans toute son étendue, présente un caillot analogue qui adhère à sa partie supérieure dans l'étendue d'un pouce, à sa partie inférieure dans l'étendue de deux, et qui, dans l'intervalle, n'adhère plus aux parois du vaisseau, quoiqu'il soit toujours formé par la même substance. L'artère tibiale postérieure, l'artère péronière sont aussi altérées, mais à un moindre degré. La cavité de ces vaisseaux offre aussi dans presque toute son étendue la même altération que les artères crurale et tibiale antérieure. La membrane interne de tous ces vaisseaux, lorsque l'on détache le caillot qui lui adhère, est d'un rouge livide assez prononcé, surtout quand on la compare avec la face interne des artères du côté opposé. Du reste, elle ne se déchire pas plus facilement, et il n'existe pas d'injection apparente des tuniques qui entrent dans la composition de ces vaisseaux. Les *vasa vasorum* ne sont pas plus distincts que dans l'état ordinaire ; et le tissu cellulaire qui environne immédiatement ces vaisseaux, ne présente ni induration, ni infiltration purulente.

Système veineux. — Toutes les ramifications veineuses du pied droit sont remplies par des caillots qui les bouchent exactement. Quelques-uns sont d'un noir foncé, d'autres sont grisâtres. La veine saphène interne du même côté ne

présente d'altération que vers sa partie inférieure où il existe un caillot qui cesse vers sa partie moyenne. La veine saphène externe présente les mêmes particularités qui se rencontrent aussi dans les veines tibiale antérieure, tibiale postérieure et péronière, de telle sorte que, lorsque l'on incise transversalement les muscles de la jambe et du pied, l'on apperçoit sur la coupe les ouvertures des veines remplies par ces caillots comme par de la matière d'injection. La veine poplitée, la veine crurale renferment un caillot très-volumineux qui est excessivement mou un peu au-dessous de l'arcade crurale; à l'extérieur, il est formé d'une couche plus épaisse, plus dense, qui adhère aux parois du vaisseau; à l'intérieur, il renferme une matière beaucoup plus molle, une sorte de bouillie d'un gris tirant un peu sur le rouge. On peut suivre la même altération non-seulement dans l'artère iliaque externe, mais même dans la veine iliaque primitive et dans la veine cave inférieure à un pouce au-dessus de son origine.

Système nerveux. — Les nerfs du côté malade, comparés à ceux du côté opposé, présentent une teinte rouge, ce qui est surtout très-marqué dans le nerf sciatique et dans les deux nerfs poplités. En examinant avec attention, on peut voir très-distinctement que cette teinte dépend de ce que les vaisseaux qui rampent entre les faisceaux de ces nerfs sont fortement injectés. Cette injection semble porter plutôt sur les petites veines que sur les artérioles, autant que l'on peut en juger par la coloration qui se rapproche plus du bleu que du rouge.

Le système artériel du côté gauche ne présente rien de remarquable. Comparées à celles du côté malade les artères de ce côté sont pâles et décolorées. Les veines iliaque primitive et iliaque externe sont remplies par un caillot analogue à celui du côté opposé, et qui se continue avec le caillot renfermé dans la veine cave. Comme ce dernier, il adhère aussi dans certains points aux parois de la veine,

sa couleur est la même, sa consistance est moindre, et il est beaucoup plus friable que celui du côté opposé. L'altération se prolonge aussi dans la veine crurale, dans la veine poplitée et dans les veines de la jambe; mais elle n'est pas aussi générale : dans certains points elle cesse pour se montrer de nouveau dans d'autres. *Les nerfs* ne présentent rien de remarquable.

Tête. Les membranes du cerveau sont à l'état normal. La substance grise parait un peu injectée dans certains points. La substance blanche offre une altération singulière. L'on aperçoit sur sa coupe une foule de petites taches rouges, circulaires, bien nettement circonscrites, légèrement saillantes, présentant vers leur centre un petit point plus foncé que le reste. Ces taches ne sauraient être mieux comparées qu'aux pétéchies qui apparaissent sur la peau. En comprimant entre les doigts une portion de substance cérébrale sur laquelle existe cette altération, on ne voit pas s'échapper de sang par ces points rouges, ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu si ces taches étaient les ouvertures béantes des vaisseaux. D'ailleurs leur largeur est plus grande que la lumière des vaisseaux qui abreuvent la substance blanche. Quant à la consistance des substances grise et blanche, elle est normale.

Thorax. Les poumons sont d'un gris sale; dans toute leur étendue, ils sont le siége d'un œdème considérable, et il laissent échapper, quand on les incise, une grande quantité de sérosité. Il existe à la base du poumon gauche un point occupé par du tissu dense, comme fibrineux et d'un rouge terne. Les veines pulmonaires, depuis leur tronc principal jusque dans leurs petites ramifications, sont aussi bouchées par des caillots fibrineux qui n'adhèrent que très-faiblement aux parois veineuses. Du reste, la cavité des plèvres de chaque côté ne présente que très-peu de sérosité; la plèvre costale et la plèvre pulmonaire offrent quelques petites ecchymoses. Le cœur est pâle; les cavités

droites sont remplies par un caillot semblable à de la gelée de groseille. En l'examinant attentivement à l'extérieur, on aperçoit à sa surface une foule de petites taches grises qui lui donnent un aspect pointillé. Cet aspect se retrouve, du reste, à l'intérieur du caillot, lorsqu'on l'incise. Les cavités gauches présentent un caillot entièrement analogue. L'aorte est pâle et n'offre rien de remarquable; le sang qu'elle renferme est excessivement pâle et semblable à de la gelée de framboises très-claire.

Abdomen. L'estomac et tout le canal intestinal ne sont remarquables que par leur pâleur. Ils n'offrent aucune altération. Le foie est anémique; il est infiltré de sérosité. Les veines hépatiques, la veine porte contiennent du sang liquide. La rate et les autres organes sont parfaitement sains.

Cette observation, remarquable sous le rapport des lésions anatomiques, ne l'est pas moins sous le rapport de l'âge du sujet et de la marche de la maladie. Les nombreuses lésions que l'autopsie a révélées, leur répartition dans des organes plus ou moins éloignés du siège primitif du mal, l'insuffisance du traitement mis en usage, soulèvent plusieurs questions du plus haut intérêt.

Tout, dans ce cas, excluait l'idée de l'ossification des artères du membre inférieur; d'ailleurs l'autopsie est venue démontrer que ce n'était pas à cette cause que l'on devait attribuer la gangrène. L'idée d'une artérite fut celle qui prédomina et qui présida au commencement du traitement. Tout semblait en effet se réunir pour confirmer cette opinion : l'âge du sujet, la marche rapide de la maladie, et l'état fébrile qui l'accompagnait depuis son début. Mais il faut le dire, les lésions trouvées à l'autopsie ne sont pas telles que nous puissions les considérer comme des signes évidens d'artérite.

Ces lésions nous paraissent expliquer seulement la cause mécanique de la gangrène. Elles nous montrent la totalité

du système circulatoire ; non-seulement les artères, mais encore les veines; non-seulement les principaux troncs, mais encore les plus petites ramifications entièrement oblitérées dans le membre frappé de gangrène ; quant à la cause qui a présidé à cet arrêt de la circulation, l'état des artères ne nous en rend pas compte dans ce cas, et nous ne pouvons rien conclure d'après les lésions de ces vaisseaux.

Que nous ont-ils offert en effet ? Une coloration rouge foncé de leur membrane interne, mais uniforme, sans ramollissement de cette membrane, sans épaississement des autres tuniques, sans injection des *vasa vasorum*. Leur cavité, il est vrai, ne renferme pas de sang liquide, mais elle contient des caillots plus ou moins volumineux, plus ou moins friables, plus ou moins adhérens à la membrane interne des vaisseaux. Nous sommes donc conduits à examiner si la coloration rouge de la membrane interne des artères, si la présence de caillots dans leur intérieur suffisent pour trancher la question de l'artérite.

La rougeur des artères, sa valeur comme phénomène d'inflammation, est un point de la science qui a partagé et qui partage encore l'opinion des auteurs. Elle a été soigneusement étudiée dans des circonstances fort différentes, quelquefois à plusieurs reprises par les mêmes observateurs; et, chose remarquable, les expériences faites la première fois les avaient amenés à considérer cette rougeur comme un phénomène d'artérite, tandis que les expériences faites la seconde fois les ont conduits soit au doute, soit à une opinion toute contraire.

Des auteurs fort recommandables, Corvisart, Laennec, Hogdson, n'expliquent pas la coloration rouge des artères à laquelle ils ne peuvent assigner de cause.

Haller, Meckel et d'autres considèrent au contraire cette rougeur comme le résultat de l'inflammation de ces vaisseaux, et cette opinion a été partagée par MM. Broussais,

Bouillaud, Dupuy, Roche et Sanson. La question semblait être jugée, quand de nouvelles recherches faites par MM. Trousseau et Rigaut, sur les chevaux morts pendant l'épizootie de 1814, vinrent la remettre en discussion. Pour eux, la rougeur des artères n'était pas un indice de leur inflammation.

Cette opinion fut vivement combattue par M. Andral, qui, après des recherches analogues sur les chevaux, adopta des conclusions toutes contraires. Cependant, de nouvelles expériences furent faites par lui, dans le but d'éclairer cette importante question; et dans un mémoire lu à la séance de l'Académie de médecine du 9 février 1830, M. Andral, avec cette franchise et cette droiture scientifique qui font honneur au savant et qui font marcher la science, fit abnégation complète de ses premières idées, et déclara que, dans son opinion, la coloration des artères était un phénomène cadavérique.

M. Bouillaud, qui avait aussi considéré la rougeur des artères comme un signe d'artérite, semble remettre la chose en question à l'article *Artérite*, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. — « La rougeur, dit-il, peut manquer dans les cas d'artérite; et d'une autre part, elle peut se présenter en l'absence de toute inflammation, comme cela se voit si souvent chez les sujets que l'on ouvre après un commencement de putréfaction du cadavre, circonstance qui permet au sang *d'imbiber* les parois artérielles et de donner à leur membrane interne, en particulier, une rougeur dont la teinte varie. Ainsi donc, la rougeur et le gonflement sont des caractères anatomiques dont il faut tenir compte, parmi ceux qui appartiennent à l'artérite, sans toutefois se faire une idée exagérée de leur valeur. Il est bon de noter que la rougeur de la membrane interne des artères, même dans les cas où l'on croit pouvoir la rapporter à une artérite aiguë, n'est pas produite, du moins, dans l'immensité des cas, par une injection capil-

laire, mais bien par une sorte de *teinture*, de *fixation* de la matière colorante du sang sur la membrane interne. Sous ce nouveau point de vue, la rougeur inflammatoire ne différerait pas essentiellement de celle qu'on appelle cadavérique. Depuis les observations que j'ai publiées ailleurs sur la rougeur de la membrane interne des artères, j'ai fait, en 1828, à l'hôpital de la Charité, de nouvelles recherches sur ce sujet. Loin de dissiper mes doutes sur la nature de la rougeur que l'on observe dans beaucoup de cas, ces recherches les ont pour ainsi dire augmentés... Tel est le résultat, ajoute plus bas M. Bouillaud, auquel m'ont conduit les recherches multipliées que j'ai faites en 1828. Je l'expose de bonne-foi, en faisant des vœux pour que de nouveaux faits ne tardent pas à dissiper complètement les obscurités d'un des points les plus importans de la pathologie. »

Pour M. Bouillaud, la question est donc encore indécise; nous voyons chez lui, comme chez M. Andral, une abnégation pleine de droiture, d'idées conçues et émises dans des travaux antécédens.

La simple coloration en rouge est donc entièrement insuffisante pour déterminer s'il y a eu artérite. Il faut qu'il se grouppe autour d'elles plusieurs autres altérations. M. Cruveilhier qui pense aussi que la coloration rouge et uniforme de la membrane interne ne suffit pas, quoiqu'elle existe dans les cas d'artérite, veut qu'il existe en même temps une injection pénicillée des *vasa vasorum* qui traversent et la membrane celluleuse et la membrane propre des artères. Mais c'est la présence des caillots adhérens d'une manière plus ou moins intime aux parois artérielles, qui lui parait le caractère le plus concluant.

Suivant M. Gendrin, la membrane interne des artères enflammées présente une teinte rouge, plus ou moins obscure, qui diffère essentiellement de la teinte violette vive de cette membrane lorsqu'elle est colorée par imbibition. La tunique interne a perdu de son poli, de son

brillant, et elle se détache avec facilité. Enfin, les *vasa vasorum* sont injectés suivant cet auteur. Telle est aussi l'opinion de MM. Delpech et Dubreuil qui donnent pour caractères, l'injection des *vasa vasorum*, la teinte rosée de la membrane interne qui est dépolie, présente des rides transversales, et se laisse déchirer facilement; enfin, l'épaississement et le ramollissement des autres tuniques.

Nous l'avons déjà fait remarquer, ces derniers caractères n'existaient pas chez la malade dont nous rapportons ici l'observation.

Il nous reste donc à examiner jusqu'à quel point la présence des concrétions dans l'intérieur des artères peut être considérée comme un phénomène de leur inflammation.

Pour M. Cruveilhier, avons-nous dit, c'est le caractère essentiel. « Quel que soit le stimulus de l'inflammation adhésive, dit-il, son premier effet est la coagulation du sang. Le sang coagulé, voilà en général la fausse membrane des artères. » Cependant il existe des cas d'artérite sans formation de caillots dans l'intérieur des artères. M. Barde rapporte, dans le premier volume de la *Revue Médicale*, un fait d'artérite sans aucune concrétion dans l'intérieur des vaisseaux. La 5.e observation, rapportée par M. Bouillaud dans son traité des fièvres, plusieurs observations consignées dans la thèse inaugurale de M. Dalbant, présentent des exemples d'artérite sans coagulation du sang.

D'un autre côté, des caillots peuvent se former dans ces vaisseaux pendant la vie sans qu'il existe pour cela de phlegmasie. *In vasis etiam vivi hominis sanguis coït*, dit Haller dans sa *Physiologie*. Pendant l'asphyxie, il se forme dans divers points de l'appareil circulatoire des coagulations partielles dont l'étendue ne peut pas être au juste appréciée. Dans le choléra, cette tendance du sang à se prendre ainsi en caillots est bien évidente; Dieffenbach l'a constaté à

plusieurs reprises dans des opérations chirurgicales pratiquées chez les cholériques. Souvent lorsqu'il ouvrit des artères pour faire la transfusion ou tirer aux malades une plus grande quantité de sang, il rencontra des caillots dans les artères. M. Allibert, dans sa Thèse inaugurale, pense que dans les cas de gangrène avec artérite, la formation des caillots précède l'inflammation de l'artère, et que la présence des concrétions sanguines agissant comme corps étranger détermine seule la phlegmasie des vaisseaux dont les traces sont quelquefois incontestables. Pour lui cette disposition particulière du sang à se coaguler est donc entièrement indépendante de l'artérite; elle en est la cause et non l'effet.

La coloration rouge des artères, la présence des caillots dans leur intérieur, seuls phénomènes qui aient existé chez notre malade dans les vaisseaux du membre gangrené, sont donc deux phénomènes insuffisans pour prouver qu'il y ait eu chez elle une artérite. D'un autre côté, la présence de caillots analogues à ceux des artères, dans celles du membre opposé, dans les artères pulmonaires, dans les cavités du cœur, nous dénotent une cause agissant d'une manière plus générale, et ne résidant plus dans les vaisseaux, mais bien plutôt dans le liquide qui les parcourt.

Du reste cette observation est loin d'être la seule dans laquelle se rencontrent des altérations ainsi placées plus ou moins loin du siége principal de la maladie. Dans la 2me et la 3me observations consignées dans la thèse de M. Allibert, il y a un ramollissement de la substance cérébrale outre les altérations des veines du membre gangrené. La troisième observation est en outre remarquable par la présence d'un caillot qui adhère aux parois de l'oreillette gauche. « *Ce caillot*, dit M. Legroux, auquel l'auteur de la thèse emprunte ce fait, *est d'un jaune rougeâtre, légèrement grenu, facile à réduire en bouillie, assez analogue à un magma fait avec du son de froment pénétré de gru-*

meaux puriformes. » Sa 4me observation qui lui a été communiquée par M. Reynaud est remarquable par son analogie frappante avec celle que nous rapportons. Outre la bouillie sanieuse qui remplit les artères et les veines du membre sphacélé, il existe des caillots dans l'artère pulmonaire.

« *Ces caillots,* dit l'auteur, *rougeâtres ou jaunâtres, adhèrent fortement à la membrane interne, laquelle est inégale, jaunâtre, ramollie, et repand une odeur de gangrène. Dans quelques points où les caillots ont plus de ressemblance avec ceux que l'on trouve ordinairement dans les artères, cette membrane est seulement rouge et non ramollie; elle est saine là où l'artère est vide, le tissu pulmonaire qui entoure ces vaisseaux est dur et tout-à-fait hépatisé. Cette hépatisation est d'autant moins étendue, que l'altération de l'artère est moins grande. Le poumon reprend son aspect naturel dans les points où l'artère pulmonaire est saine. Dans le poumon gauche il existe tout près de cette artère un point manifestement gangréneux.* »

La neuvième observation dans laquelle il existe un sphacèle de la jambe gauche, présente des concrétions sanguines non seulement dans tous les vaisseaux du membre inférieur gauche, mais encore dans l'aorte, dans toutes les ramifications qu'elle fournit au-dessous de son passage entre les piliers du diaphragme, dans les iliaques primitives et hypogastriques, et toutes les divisions iliaques internes de l'un et de l'autre côté. *Les troncs veineux de la surface du cerveau, de la dure-mère renferment des caillots sanguins noirs et durs. De plus à la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère droit, il existe une tache noire, du diamètre de deux pouces, au-dessous de laquelle le tissu du cerveau est excessivement ramolli, d'une consistance crémeuse dans l'épaisseur d'un pouce au moins.* »

L'analyse d'un plus grand nombre de faits ne manquerait pas, j'en suis persuadé, de montrer ainsi des altérations

nombreuses, réparties dans des points plus ou moins différens de l'économie. Faut-il pour les expliquer admettre une tendance du système circulatoire à s'enflammer, un état de phlegmasie générale qui détermine ainsi des concrétions dans des points plus ou moins éloignés les uns des autres? Et dans les cas où les traces de la phlegmasie seront nulles, comment expliquera-t-on le phénomène de la coagulation du sang? Une altération primitive de ce liquide, semblable à celle que l'on rencontre dans le sang des cholériques ou des personnes asphyxiées, expliquerait mieux ces nombreuses altérations. Mais quelle est cette cause qui préside à la coagulation du sang? Quel est le changement survenu dans sa composition intime? Des recherches savantes et bien dirigées de chimie animale pourraient peut-être venir éclairer ce point intéressant de la pathologie.

Il sera peut-être intéressant de placer à côté de cette observation dans laquelle nous voyons une tendance du sang à se coaguler dans les vaisseaux, un cas dans lequel ce liquide parait avoir contracté des propriétés tout opposées.

Obs. III.[e] — Purpura hemorrhagica. *Hémorrhagies nasales. Taches nombreuses sur la peau. Mort. Pétéchies dans la substance cérébrale, sur le cœur, dans les poumons. Foyer sanguin dans l'épaisseur du foie.* — Le nommé Roullier (Joseph), âgé de 32 ans, porteur à la halle, était depuis deux ans très-sujet à des épistaxis. Il y avait trois mois environ qu'il était entré à l'hôpital Cochin. A cette époque il était très-affaibli par une épistaxis abondante qui durait depuis quinze jours. Il avait en outre de petites taches rouges à la peau. Au bout de quinze jours le malade était mieux; le saignement de nez avait cessé lorsqu'on le renvoya au moment de l'invasion de l'épidémie. Après être sorti de l'hôpital, il resta environ quinze jours sans être pris d'une nouvelle hémorrhagie. Depuis lors il passa rarement quatre jours sans en avoir; il n'en continuait pas moins son travail, quoiqu'il perdit chaque jour de ses

forces. Du reste, la membrane pituitaire fut constamment la seule sur laquelle se fit l'effort hémorrhagique. Jamais il n'avait eu d'hémoptysie, jamais il n'avait rendu de sang par les selles. Il se présenta à l'hôpital le 26.

Depuis huit jours il perdait continuellement du sang, et son état de faiblesse l'avait forcé de suspendre ses travaux. Le lendemain matin il présentait l'état suivant :

27. Pâleur considérable de la face; les fosses nasales versent goutte à goutte un sang excessivement liquide et séreux, très-légèrement coloré en rose. Cependant l'hémorrhagie est un peu appaisée depuis la veille, des compresses vinaigrées ayant été appliquées sur la face depuis l'entrée du malade à l'hôpital. La langue et les lèvres sont pâles ; les gencives, parfaitement saines, fermes, comme dans l'état normal, sont décolorées. L'appétit est assez bon; le malade demande des alimens; il n'y a pas de nausées; l'estomac est parfaitement sain. Les évacuations alvines sont naturelles, elles se font régulièrement, et elles ne présentent pas de sang. La poitrine, examinée avec soin, est dans l'état le plus normal. Le pouls est fréquent; il marque 100 pulsations par minute. La poitrine, le col, les bras et les jambes sont couverts d'une foule de taches d'un rouge foncé, répandues çà et là d'une manière irrégulière. Ces taches, régulièrement arrondies, ont pour la plupart une ligne de diamètre. Dans certains points elles sont solitaires; dans d'autres elles se réunissent deux à deux, trois à trois. Enfin dans certains points elles sont plus rapprochées, elles se groupent en assez grand nombre et donnent lieu à de véritables plaques de formes et de de dimensions variables, qui, au premier aspect, ressemblent à une ecchymose récente. La plupart de ces taches sont d'un rouge foncé; d'autres, plus pâles, ont une teinte fauve; d'autres enfin n'ont qu'une teinte légèrement jaunâtre, comme une ecchymose presque entièrement dissipée. En examinant attentivement celles de ces taches qui sont ainsi

en voie de résolution, on peut se convaincre qu'elles pâlissent du centre à la circonférence, en laissant un petit anneau. Les jambes, les cuisses ne présentent que quelques taches éparses, disséminées çà et là. La poitrine, au contraire, et l'abdomen en présentent beaucoup plus; vers ces deux régions les taches sont confluentes et forment des plaques dans certains endroits. (Décoction de quinquina acidulée; extrait de ratanhia ʒß en pilules.)

28. L'hémorrhagie nasale a diminué.. L'état général est le même que la veille. On remarque quelques troubles dans l'intelligence du malade.

29. Nouvelle épistaxis très-abondante. Le sang que versent les fosses nasales est excessivement séreux. La face est très-pâle, le pouls très-petit. Le matin il y a un vomissement, le malade est assoupi. Quant aux taches de la peau, elles ne sont ni plus larges ni plus nombreuses que les jours précédens. (Décoction de quinquina acidulé; potion avec décoction de ratanhia et alun, gr. xviij; glace à faire fondre dans la bouche; compresses vinaigrées; sinapismes.)

30. Pâleur extrême; l'hémorrhagie continue, mais moins abondante. Assoupissement habituel; lorsque l'on réveille le malade il bavarde et présente une sorte d'exaltation; pouls très-petit; les taches ont pâli considérablement; elles ont disparu sur les bras et les cuisses. On les retrouve encore sur la poitrine et sur le ventre; mais elles ont pâli. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces taches pâlissent du centre à la circonférence, formant ainsi de petits anneaux qui finissent par s'effacer graduellement. (Quinquina acidulé; Malaga ℥iv; potion avec décoction de ratanhia et alun, gr. xviij; compresses d'eau vinaigrée).

Les jours suivans il n'y a rien de nouveau; les selles semblent revenir. Le malade est moins abattu.

Le 3 novembre les taches ont disparu presque entièrement; il n'en est pas revenu de nouvelles. La face est toujours un peu pâle. Le malade se sent beaucoup mieux; le

pouls est plus fort que les jours précédens. On peut suivre sur les différentes taches que l'on aperçoit encore, toutes les nuances par lesquelles elles passent avant de disparaître. (Quinquina acidulé; Malaga ℥iv; potion avec décoction de ratanhia et alun, gr. xviij; le quart d'alimens.)

Le 5, nouvelle hémorrhagie nasale peu abondante; la face est pâle; le pouls est petit et fréquent. Cependant la peau ne présente pas de nouvelles taches. A peine rencontre-t-on çà et là quelques petits anneaux décolorés qui sont les débris de taches brunes que présentait la peau. Il n'y a rien du côté de la poitrine ni des organes digestifs. Le malade parle beaucoup; il ne paraît pas inquiet de son état. (Potion gommeuse avec huile essentielle de térébenthine, 60 gouttes; limonade gommée; bains de pieds sinapisés; compresses vinaigrées sur le front et sur le nez.)

Les jours suivans, rien de nouveau; l'hémorrhagie s'arrête complètement; elle ne reparaît pas. Le malade est toujours pâle; il est faible; il essaie de se lever, mais il a des étourdissemens, des éblouissemens et des imminences de syncope. Le 9 novembre, les taches de la peau ont complètement disparu. Il a rendu plusieurs crachats qui viennent de l'arrière-gorge, et qui sont encore un peu sanguinolens. Cependant il n'y a pas d'hémorrhagie. L'on porte la dose de la térébenthine à un gros; le malade mange la demie.

Le 10, nouvelle hémorrhagie nasale.

Le 11, l'hémorrhagie continue. Le sang qui s'échappe des fosses nasales est très-liquide et très-rosé. Le malade est très-pâle; le pouls est petit et fréquent. Faiblesse extrême; langue pâle. Rien du côté des organes digestifs, rien du côté de la poitrine. Le malade présente un peu d'assoupissement; il a toute sa connaissance, Du reste, rien de nouveau du côté de la peau, les anciennes taches ont complètement disparu, et il ne s'en est pas montré de nouvelles. (Décoction de quinquina acidulée; eau vineuse;

Malaga ℥iv ; sinapismes ; compresses d'eau vinaigrée.)

Le 12, la faiblesse est extrême; les fosses nasales versent toujours, et en très-petite quantité, un sang à peine rosé, qui ne se coagule pas, et qui est entièrement séreux. La face, les lèvres, la langue sont décolorées. Le malade se plaint de la poitrine; la respiration est gênée. L'auscultation fait entendre le bruit respiratoire, mais il est faible et obscur. Le reste de la poitrine résonne bien. Le pouls est très-petit et très-fréquent. (Décoction de quinquina acidulée; eau vineuse; Malaga ℥iv; sinapismes; compresses d'eau vinaigrée.)

L'écoulement sanguin par les fosses nasales continue d'une manière excessivement lente. Le malade s'affaiblit de plus en plus; il a des rêvasseries, un délire tranquille, et il meurt dans la journée.

Autopsie 30 heures après la mort. — On ne remarque rien à l'extérieur du corps.

Tête. L'arachnoïde est un peu épaissie; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité. La substance corticale est très-pâle, très-humide; dans un point des circonvolutions antérieures, il existe un petit épanchement sanguin du volume d'une grosse tête d'épingle. La substance blanche présente une foule de pétéchies disposées çà et là par plaques. Ces points rouges sont environnés d'un petit cercle grisâtre; dans un point, il existe un second épanchement du volume d'un petit pois ordinaire.

Poitrine. Le poumon droit est comme ecchymosé à sa base; la plèvre qui le recouvre présente de nombreuses pétéchies. Le tissu pulmonaire est fortement œdémateux, en l'incisant on aperçoit sur la coupe des points nombreux de suffusion sanguine. Vers la partie postérieure du lobe inférieur, il existe un point où le tissu pulmonaire est comme induré, est infiltré de sang. Le poumon gauche ne présente pas de pétéchies à son extérieur; il crépite mal, il est très-œdémateux et présente aussi un grand nombre de points

de suffusion sanguine. Le volume du cœur est ordinaire; sur la face antérieure du ventricule droit, on voit de nombreuses pétéchies, elles sont rares sur le ventricule gauche; les plus nombreuses siégent sur la face postérieure des oreillettes; les cavités renferment une très-petite quantité de sang liquide. L'aorte contient une petite quantité de sang excessivement pâle et séreux, et un caillot fibrineux très-peu volumineux et entièrement décoloré.

Abdomen. L'estomac est ramolli au niveau du grand cul-de-sac. La muqueuse présente un grand nombre de petits points rougeâtres semblables à des pétéchies; le reste de l'intestin ne présente rien de remarquable; seulement, vers la fin de l'intestin grêle, on remarque une éruption folliculeuse des plus marquées, entièrement analogue à celle que l'on rencontre dans le choléra; et cependant notre malade n'en a présenté aucun symptôme, il n'a pas même eu de selles en diarrhée vers les derniers temps de sa vie.

Le foie présente au centre de son tissu un épanchement sanguin, sorte de foyer apoplectique du volume d'une petite noisette. Dans tout le reste de son étendue, le tissu est pâle et anémique. La rate présente à l'extérieur une foule de petites taches rosées. Le reste des organes contenus dans l'abdomen ne présente rien de particulier.

Une altération du sang peut seule expliquer les phénomènes singuliers qui apparaissent dans le *purpura hémorrhagica.* Ces pétéchies à la peau, sur le cœur, dans la substance cérébrale, ces suffusions sanguines dans les poumons, ces sortes de foyers apoplectiques dans la substance du foie, les qualités physiques du sang qui est séreux, qui ne se prend plus en caillots, tout dénote un vice dans la composition intime de ce liquide, dont la ténuité et la fluidité sont telles, qu'il s'échappe par tous les vaisseaux. Aussi est-on généralement d'accord sur ce point; mais, nous le demandons, si le sang peut perdre, sous certaines influences qui nous sont inconnues jusqu'à présent, de sa consistance, de sa tendance

à se coaguler, ne peut-il pas se faire que des causes, aussi inconnues à la vérité, mais tout opposées, amènent dans sa composition des modifications telles que sa tendance à se prendre en caillots augmente comme dans le fait qui précède celui-ci?

De quelques affections cérébrales observées dans le service de M. GUERSENT, *à l'hôpital des Enfans-Malades; par M.* RUFZ, *interne.* (1832).

Les affections cérébrales chez l'enfant ne sont pas très-variées; je ne connais dans les annales de la science aucun exemple d'apoplexie ni de ramollissement observé à cet âge; l'épilepsie avec ses formes si diverses est rare; les productions morbides autres que le tubercule ne se trouvent pas souvent. Il n'y a, à proprement parler, qu'une seule affection cérébrale dans l'enfance, c'est celle qui est décrite dans les livres sous les noms *d'hydrocéphale aiguë*, de *méningite* et de *méningo-céphalite.*

Quoique ces trois dénominations soient appliquées à la même affection, elles en désignent trois nuances diverses, car il est sûr qu'il n'existe que l'épanchement séreux pour expliquer les symptômes observés pendant la vie, tandis que dans d'autres il y a des traces de pus; ou même sous les points purulens la substance corticale est ramollie. C'est à distinguer les symptômes propres à chacune de ces nuances de la maladie, que je me suis attaché dans les observations suivantes, et c'est pour ne pas adopter une opinion exclusive sur la nature du mal, que j'ai préféré le titre vague et plus général *d'affections cérébrales.*

L'observation des symptômes m'a fourni l'occasion de relever quelques assertions inexactes des auteurs, comme, par exemple, 1.° l'opinion de Robert Whytt, touchant les variations du pouls dans cette affection, phénomène qui lui

avait paru si capital, qu'il s'en était servi pour diviser la maladie en trois périodes ; 2.ᵉ la rareté des cris *hydrencéphaliques*, signalés par Coindet ; 3.° et le défaut d'altération des parties centrales du cerveau (le corps calleux, la voûte à trois piliers et le *septum lucidum*), quand la sensibilité paraît durant la vie tellement exaltée, que les enfans ne peuvent souffrir aucun contact, ce qui est tout-à-fait contraire à l'opinion de M. Senn. J'ai essayé aussi de saisir l'influence des affections intercurrentes sur la marche de la maladie. De toutes les lésions qui troublent l'économie, les lésions du cerveau sont celles qui existent le plus souvent d'une façon isolée sans complications multiples. Or, précisément à cause de la rareté des complications, il est plus facile d'apprécier leur influence, lorsqu'elles interviennent. La pathologie ainsi étudiée est la voie qui peut mener à une thérapeutique rationnelle. Dans une maladie vous voulez provoquer la diarrhée à l'aide de purgatifs, mais sachez avant l'effet de ce phénomène sur la marche de la maladie, lorsqu'il existe naturellement.

Les observations que je publie ne sont pas aussi complètes qu'elles devraient être, mais j'affirme qu'elles sont exactes, c'est-à-dire, que je n'ai imaginé pour la rédaction, aucun détail qui ne fût dans mes notes. Aujourd'hui plus que jamais il importe d'assigner à ces mots, *exact* et *complet*, leurs valeurs respectives. Heureusement l'observation est devenue minutieuse et exigeante ; mais faudra-t-il déclarer nulle et sans fruit pour la science, toute histoire qui manquera de quelque particularité. Parce que les livres de nos prédécesseurs ne sont pas complets, est-ce à dire qu'on n'en puisse rien tirer, et qu'il faille les brûler et faire sans cesse appel à la nature. Je ne puis être aveuglément de cette opinion ; sans doute par négligence, par impuissance d'attention ou tâtonnement de méthode, j'ai omis, dans mes observations, plusieurs détails qu'il était important de recueillir : j'ai été incomplet. Mais j'ai

eu soin de ne tirer aucune conclusion qui ne se trouvât dans les faits, et j'ai été exact. On ne peut pas exiger d'un observateur qu'il voie tout, que ses sens ne se fatiguent jamais; que son attention à toutes les heures soit tendue au même degré; qu'il soit chaque matin dans cet entier et religieux recueillement que demande l'observation. Mais on a droit d'exiger que son témoignage ne dise jamais plus que ce qu'il a vu, et qu'il ne risque aucune généralité dont la lecture de ses observations ne puisse fournir les preuves à l'instant même.

Aux cas de mort, aux observations complètes, j'ai cru devoir joindre quelques cas de guérison, dont le diagnostic a été fondé, comme on le verra notamment dans les observations 10, 11 et 12, sur des nuances bien légères; ces observations n'ont de valeur que par l'autorité du nom de M. Guersent; ce sont de purs enseignemens du *maître.* J'ai voulu montrer comment cet expérimenté praticien pouvait voir une affection cérébrale là où d'autres yeux n'auraient pas droit d'élever la même prétention; car, malgré le scepticisme de l'école médicale dont je m'honore de faire partie, je ne pense pas que l'autorité des hommes, en médecine, doive être considérée pour rien; je conserve encore ma confiance à des opinions qui ne sont pas formulées en chiffres. Je crois enfin au coup-d'œil médical, mais cette croyance ne sera jamais poussée jusques à la foi.

ARTICLE I.er — *Affections cérébrales suivies de mort.*

Obs. I.re — Vomissemens au début. Pâleur et rougeur. Alternatives du pouls qui va en s'accélérant. Modification de la motilité. Mort le 10.e jour. Granulation de l'arachnoïde, du poumon et du foie. — Serres, petite fille, âgée de deux ans, entrée à l'hôpital des Enfans, le 23 mai 1832, offre un aspect chétif. Elle est malade depuis trois semaines; on nous dit qu'elle n'a présenté que de la toux et du dévoiement.

24. Mauvaise humeur ; cris aussitôt qu'on la touche ; toux, respiration pure. Sonoréité égale dans tous les points du thorax, point de dévoiement, peau chaude ; pouls à 108. (Gomme édulcorée; sparadrap sur le thorax, bains de pied.)

25 et 26. Même état ; l'enfant paraît se trouver un peu mieux. 27. Yeux hagards ; elle a vomi une fois hier au soir. Pâleur et rougeur alternatives de la face ; pouls à 96 ; peau sans chaleur. (Trois sangsues derrière chaque oreille.)

26. Yeux hagards, strabisme, ne reconnaît point sa mère ; respiration haute, un peu de roideur dans les deux bras ; pouls à 104 ; point de selles. (Deux ventouses scarifiées derrière les oreilles ; six grains de calomel en trois prises ; lavement purgatif avec follicules séné ʒ ; et miel de mercuriale, ℥ ij.)

29. Même facies. Rougeur et pâleur alternative ; mouvement des mâchoires, roideur des bras, pouls irrégulier ; quelques selles après le lavement. (Deux sangsues derrière chaque oreille ; six grains de calomélas.)

30. Yeux hagards, face pâle, strabisme, roideur des muscles du cou et du tronc, sensibilité conservée dans tous les points. Plusieurs selles. Pouls à 120 ; peau sans chaleur. (Gomme édulcorée ; large vésicatoire sur la tête.)

31. Même état. Moins de roideur dans les muscles du cou et du tronc. Pouls à 132.

1.er juin. Strabisme, ne paraît point voir ; elle suce un morceau de sucre-d'orge qu'on lui met entre les dents. Mouvement des mâchoires, respiration suspirieuse, contraction de la joue gauche, a plusieurs selles. (2 vésicatoires aux jambes.)

2 juin. Même état ; pâleur extrême. (Gomme édulcorée ; lavement avec décoction de quinquina.)

3. Pâleur extrême, ne répond à aucune excitation ; pupilles dilatées, extrémités froides, pouls fréquent. (Même prescription.)

4. Même pâleur ; bras contractés. (*Id.*)

5. Roideur des membres supérieurs, avec flexion des poignets; yeux fixes, pâleur de la face, pupilles dilatées; point de selles.

6. Mort dans la nuit, sans convulsion.

Nécroscopie. — A l'ouverture du cerveau, il s'écoule environ quatre onces de sérosité. L'arachnoïde est pâle à la surface convexe du cerveau. Mais à la base, et principalement dans la scissure de Sylvius, des deux côtés, il existe, dans le tissu cellulaire arachnoïdien, autour des gros troncs artériels, un léger épanchement séro-purulent blanchâtre, avec quelques points granulés, blanchâtres, non diffluens, de la grosseur de grains de millet. Au niveau de l'épanchement la substance corticale adhère à l'arachnoïde lorsqu'on veut en détacher celle-ci. La substance blanche est généralement molle et diffluente. La voûte à trois piliers, le corps calleux se déchirent facilement. Les ventricules sont peu dilatés. Les deux poumons sont remplis de granulations. Le foie en contient pareillement. Les autres organes sont notés à l'état sain.

Réflexions. — Cette affection cérébrale éclata sous nos yeux, et le début en fut marqué par des vomissemens. Phénomène si fréquent, qu'aussitôt qu'un enfant le présente, sans autre cause appréciable, M. Guersent soupçonne une affection du genre de celle-ci. La marche de la maladie nous offre à considérer d'abord l'alternative de pâleur et de rougeur durant les premiers jours, remplacée vers la fin par une pâleur constante; l'état du pouls qui fut toujours en s'accélérant; et enfin les modifications survenues dans la motilité, modifications qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier d'une façon certaine chez les enfans aussi jeunes. Observons que le goût et l'appétit se conservèrent jusqu'à la fin, tandis que les autres sens et toutes les facultés intellectuelles étaient entièrement éteints. M. Guersent a vu des enfans manger avec avidité jusqu'au dernier moment.

Nous regrettons que l'état des pupilles n'ait été constaté

que dans les derniers jours. Mais il est indubitable que durant toute la maladie il n'y eut point de délire; l'enfant était au contraire dans un état continuel d'assoupissement. Quant à l'absence des convulsions, nous ne saurions affirmer l'authenticité de ce symptôme négatif. Comme les enfans ne sont pas constamment sous nos yeux, il nous faut croire le rapport des infirmières. La sensibilité s'est conservée sans diminution ni exaltation.

Nous n'avons ici, pour rendre compte de tous les symptômes observés pendant la vie, que l'état de l'arachnoïde à la base du cerveau. Les granulations trouvées dans la méninge étaient-elles de même nature que celles trouvées dans les poumons et dans le foie ? Dans ce dernier cas cette affection pourrait-elle être considérée comme une affection tuberculeuse de l'arachnoïde ?

Il est impossible d'employer un traitement plus énergique que celui qui fut employé dans cette occasion.

*Obs. II.*ᵉ — *Point de vomissemens au début. Assoupissement interrompu par deux jours d'agitation. Dilatation des pupilles. Mort le* 12.ᵉ *ou* 13.ᵉ *jour. Epanchement séreux sous-arachnoïdien à la base du cerveau. Pneumonie.* — Teiné, petite fille âgée de deux ans et demi. Entrée le 22 juin, elle est malade depuis cinq ou six jours, a eu des coliques, mais point de vomissemens.

23. Face rouge, yeux fermés, quelques plaintes, somnolence, respiration suspirieuse, mais pure à l'auscultation. Soif, point de vomissemens, ni de dévoiement. Peau chaude; pouls de 76 à 80. (Oxymel, six sangsues derrière les oreilles; lavement de ʒj follicules de séné, et ʒij miel mercurial.)

24. Même état. Dilatation considérable des pupilles; un peu de râle ronflant des deux côtés; point de dévoiement; pouls à 92. (4 sangsues aux tempes; calomel, six grains; même lavement purgatif.)

25. Assoupissement, rougeur et pâleur alternatives de

la face, pupilles contractées; pouls à 96; peau sans chaleur. (Tis. de chiendent; oxymel; calomel, 8 grains en quatre prises; six sangsues derrière les oreilles; vésicatoire à la nuque.)

26. Facies très-rouge le soir; un peu moins d'abattement, yeux mi-clos, pupilles dilatées, conjonctives injectées, plusieurs selles hier; pouls à 128. (Ch. oxymel; six sangsues aux apophyses mastoïdes; calomel, 8 grains.)

27. Cris, plus d'agitation, membres souples, soif, conjonctives injectées, point de selles; pouls à 126. (Deux sangsues aux tempes; oxymel; sinapismes; calomel, 8 grains.)

28. Somnolence plus profonde, conjonctives moins injectées, déglutition plus difficile, face colorée, pouls à 104, selles abondantes. (Chiendent; oxymel; affusion de trois minutes avec de l'eau à 18°; vésicatoire sur la tête.)

29. Assoupissement, pupilles dilatées, strabisme, conjonctives injectées : elle ne voit point, ouvre la bouche comme pour crier, mais ne profère aucun son. Mouvement des mâchoires; pouls fréquent. (Chiendent; oxymel; deux moxas au sommet de la tête.)

Morte à sept heures du soir.

Nécroscopie le 1.er juillet. — Il s'écoule du cerveau cinq ou six onces de sérosité. Arachnoïde pâle à la surface convexe du cerveau; mais à la base il existe un épanchement de sérosité sous-arachnoïdien, sans trace de pus, principalement dans la scissure de Sylvius, des deux côtés. Cerveau ferme, peu injecté; les circonvolutions en sont pressées et serrées les unes contre les autres à la surface convexe. Ventricules dilatés; le corps calleux, la voûte à trois piliers et le *septum lucidum* se déchirent très-facilement. Hépatisation du lobe inférieur du poumon droit. Les organes abdominaux sont à l'état sain.

Nous devons remarquer dans cette observation l'absence du vomissement au début.

L'état de la vision a été mieux constaté que dans la précédente observation. Les pupilles étaient dans tout le cours de la maladie dilatées. Cependant nous voyons que vers le 7.e ou 8.e jour elles sont assez contractées. Le 9.e jour il y eut des cris; mais ces cris n'offraient aucune ressemblance avec les cris dits hydrencéphaliques ; c'étaient plutôt des plaintes. L'assoupissement ne fut pas constant comme dans la plupart des cas. Les 9 et le 11.e jours il se manifesta un peu d'agitation qui fut remplacée par une somnolence plus profonde.

Je regrette que l'état de la motilité n'ait pas été observé avec plus de soin ; du reste, il n'y eut ni délire, ni exaltation de la sensibilité. Nous voyons encore le pouls aller en s'accélérant, et nous trouvons, pour expliquer les symptômes observés pendant la vie, des altérations à la base du cerveau. Il aurait été à désirer que les détails de la nécroscopie eussent été recueillis plus soigneusement, d'autant que cette observation, malgré bien des traits de ressemblance avec la précédente, en diffère néanmoins sous quelques rapports.

Jusqu'à quel point la pneumonie qui compliquait l'affection cérébrale a-t-elle pu influer sur ces différences? D'après les résultats obtenus par l'auscultation le jour de l'entrée de la malade, il paraîtrait que l'inflammation du poumon n'aurait point précédé l'affection cérébrale, mais qu'elle se serait développée pendant son cours. Cinq applications de sangsues, vésicatoires répétés, moxas, calomel, affusions, que pouvait-on faire de mieux?

Obs. III.e — *Assoupissement; point de délire. — Mort le* 8.e *jour. Épanchement séreux à la base du cerveau.* — Une petite fille âgée de 3 ans, entrée le 18 mai, malade depuis quatre jours. Au début, assoupissement, cris aigus; a vomi une fois; point de convulsions; une application de six sangsues a été pratiquée derrière l'oreille, mais sans aucune amélioration.

19. Face colorée ; assoupissement ce matin, mais elle a été agitée la nuit, a poussé des cris aigus. Langue rosée, abdomen indolore ; 2 selles après les lavemens. Un peu de toux ; point de râle ; poitrine sonore ; pouls à 104. (2 sangsues derrière chaque oreille ; eau de gomme édulcorée ; sinapismes.)

20. Face colorée, agitation la nuit, assoupissement ce matin, langue sèche, point de selles ; pouls à 120. (Oxymel, compresses d'oxycrat ; lavement purgatif ; sinapisme.)

21. Même état ; affusion de 18.°, pendant trois minutes.

22. Face colorée ; elle paraît entendre les questions, lorsqu'on lui fait tirer la langue, elle l'oublie entre ses dents ; yeux mi-clos, remplis de mucosités ; somnolence ; point de selles. (2 ventouses scarifiées à la nuque, 2 vésicatoires aux jambes.)

23. Yeux fermés, somnolence, bouche ouverte, respiration haute, peau chaude ; point de selles ; pouls à 96. (Oxymel ; vésicatoire à la nuque ; lavemens avec quinquina.)

24. Même état. 25, même état ; pouls à 120. Morte ce jour là, à midi, sans convulsions.

Nécroscopie. — Épanchement de sérosité purulente peu considérable entre la commissure des nerfs optiques et les pédoncules du cerveau se prolongeant de l'un et de l'autre côté dans les scissures de Sylvius. L'arachnoïde, à la surface convexe, est pâle. Substance cérébrale généralement molle, peu injectée ; la corticale s'enlève en plusieurs points, à la base du cerveau, lorsqu'on veut en détacher l'arachnoïde. La voûte à trois piliers et le corps calleux se déchirent par le poids du cerveau. Les ventricules sont peu dilatés. Les autres organes sont notés à l'état sain.

D'une observation aussi incomplète, il est évident qu'on ne peut tirer comme symptômes positifs que : l'assoupissement pendant toute la durée de la maladie, l'absence des selles et les variations du pouls, qui le 23 marquait 96 et

le lendemain était à 120. Parmi les symptômes négatifs, notons l'absence du délire. Aucune augmentation ni diminution dans la sensibilité, malgré l'état où nous avons trouvé les parties cérébrales.

Obs. IV.ᵉ—*Coqueluche, assoupissement, strabisme, contractures des membres. — Mort le* 10.ᵉ *jour. Epanchement sous-arachnoïdien, à la base du cerveau; granulations.* — Jeliot, âgée de 3 ans et demi, entra le 18 juin. Il y a trois jours, cet enfant fut apportée à l'hôpital comme atteinte de coqueluche. Elle était gaie et apyrétique; M. Guersent engagea ses parens à la ramener. Aujourd'hui, elle est revenue, dans l'état suivant :

18 juin. Face immobile, yeux tournés en haut, strabisme; assoupissement continuel; ne reconnaît personne; quelquefois elle se roidit; changement subit de coloration; peau sans chaleur; toux avec sifflement; aucun râle; constipation; pouls à 112. (Mauv. édulcorée, julep gommeux avec oxyde blanc, 8 grains; une vent. scarifiée en arrière et à droite du thorax.)

On nous dit qu'elle est dans cet état depuis 36 heures; elle a vomi à la suite des quintes de coqueluche.

Le soir. la face étant très-colorée, 6 sangues derrière les oreilles.

19. Face colorée, couverte de sueur, assoupissement, strabisme, pupilles dilatées, souplesse des membres; soif, constipation; point de quinte de toux; peau chaude, pouls fréquent. (Mauve édulcorée; julep avec oxyde blanc, 6 gr.; un vésicatoire entre les épaules; lavement purgatif avec ʒj, follicules de séné et miel mercurial, ℥ j.)

20. Jusqu'au 22, la petite malade reste absolument dans le même état; seulement le pouls marquait 112, le 21.

22. Yeux hagards, ouverts, strabisme, ne voit point; assoupissement; raideur des muscles du cou, ce qui permet de lever le tronc en totalité, en soulevant la partie posté-

rieure de la tête ; toux sans quintes ; point de selles ; pouls à 132.

23. Même état ; sensibilité lorsqu'on la pince ; pupilles très-dilatées ; aucune raideur des membres ni du cou. (Gom. édul. ; l'oxyde blanc a été porté successivement jusqu'à un scrupule.)

24. Jusqu'au 27, jour de la mort, la petite malade offre peu de variation dans son état. Elle est toujours plongée dans une somnolence complète ; ne reconnaît personne, ne voit point, bien que les yeux soient largement ouverts, hagards et divergens. Elle tousse rarement et toujours sans quintes. La constipation est opiniâtre, malgré l'oxyde blanc d'antimoine, qui fut porté à 36 grains. La peau est toujours sans chaleur ; le visage pâlit dans les derniers jours. Le pouls était à 96, le 25, ensuite à 128. La langue est toujours restée humide.

Le 26, la déglutition parut difficile ; elle ne pouvait avaler la tisane ; la respiration fut inégale, mais nous n'observâmes plus aucune contracture des muscles, et le 27, elle mourut à 7 heures du matin, sans aucune convulsion.

28. *Nécropsie à 16 heures.* — Sinus longitudinal supérieur vide ; arachnoïde, à la surface convexe du cerveau, injectée ; à la base, infiltrée d'une sérosité limpide, offrant à l'entrée des scissures de Silvius, et entre les circonvolutions voisines des petites granulations blanchâtres, transparentes, dures et grosses comme des têtes d'épingle. Substance cérébrale généralement molle. La corticale, au niveau de la scissure de Sylvius, suit l'arachnoïde lorsque celle-ci est enlevée ; elle est foncée. Ventricules dilatés ; il s'en écoule environ 4 onces de sérosité. Cervelet très-pâle. Cœur et poumons sains. Estomac offrant quelques rougeurs dans le grand cul-de-sac. Intestin grêle et gros sains. Rate saine. Foie sain. Vessie pleine.

Encore une observation qui ne peut entrer en ligne de compte que pour certains faits. 1.° Nous y trouvons *comme*

faits positifs, l'affection survenant chez un enfant atteint de coqueluche, les quintes de coqueluche aussitôt supprimées, l'assoupissement, la dilatation des pupilles, la contraction des muscles du cou bien constatée un jour et disparue dès le lendemain, la persistance de la sensibilité; *et comme faits négatifs:* absence du délire; aucune augmentation ni diminution de la sensibilité. La lésion anatomique est remarquable aussi par les granulations. C'est la deuxième fois dans ces neuf cas, que nous observons une semblable altération, et c'est toujours à la base du crâne que nous trouvons les lésions capables d'expliquer les symptômes.

Obs. V.e — Assoupissement, convulsions; intelligence conservée le 8.e jour; parotide. Mort le 10.e jour. Épanchement de sérosité à la base du cerveau; ventricules dilatées; glandes médiastines tuberculeuses. — Verbois, âgée de 3 ans, entra le 28 mai, malade depuis trois ou quatre jours. Au début, assoupissement, vomissement, toux, peau peu chaude, pouls à 96. (6 sangsues derrière les oreilles.)

29. Moins d'assoupissement; elle répond aux questions; langue blanchâtre, rouge sur les bords; point de selles; toux, râle sibilant; pouls à 104. (Mauve édulcorée, julep gommeux; 2 ventouses scarifiées en arrière et à gauche.)

30. Même état, pouls à 104. (3j.) Convulsions, ce matin; contraction des muscles des membres et de la face, strabisme, pupilles dilatées, face colorée, peau chaude; point de selles; pouls à 124. (Mauve édulcorée; 6 sangsues derrière les oreilles; calomel, 6 gr.; lavement purgatif, saignée pratiquée, avant la visite, au moment des convulsions.)

1.er juin. Air hébété, strabisme, réponse aux questions; pouls à 120; un peu de toux, langue blanchâtre; deux évacuations abondantes, après le calomel. (Chiendent; 6 sangsues aux tempes; calomel, 6 gr.)

2 juin. Même état. Le 3, quelques plaintes, mouvemens convulsifs, dilatation des pupilles, respiration suspirieuse,

inégale, peau chaude; plusieurs selles. (Oxymel; séton au col; supprimer le calomel; sinapismes.)

4. Plaintes, face pâle, strabisme, pupilles dilatées, gonflement de la région parotidienne du côté droit; point de selles. Mort ce matin sans convulsions.

Nécroscopie. — Arachnoïde à la surface convexe du cerveau, très-sèche, injectée surtout dans ses circonvolutions; à la base du cerveau, infiltration séreuse sans aucune trace de pus, principalement autour des gros troncs artériels et veineux. La substance corticale s'enlève avec l'arachnoïde, la substance blanche est ferme, peu injectée. Les ventricules très-dilatées contiennent environ 6 onces de sérosité. La voûte à trois piliers et le corps calleux sont fermes. La parotide droite incisée paraît rouge et tuméfiée; lorsqu'on la presse, on en fait sortir du pus, sans qu'il soit possible de dire si ce pus est contenu dans les grains glanduleux ou dans le tissu cellulaire interposé entre eux. Tubercules dans les glandes bronchiques et médiastines. Poumons sains. Les organes abdominaux n'ont pas été examinés.

Marche de la maladie enrayée pendant les trois premiers jours; convulsions, assoupissement, dilatation des pupilles, parotide, absence de délire, point d'augmentation de la sensibilité. Mort. Cependant, le traitement antiphlogistique fut employé dès le début, alors qu'on ne pouvait craindre que les lésions fussent trop prononcées.

Obs. VIe — *Céphalalgie; état sain de l'intelligence; modifications de la motilité. Mort le 20.e jour. Epanchement séro-purulent a la base du cerveau; ventricules dilatées.* — Adélaïde Sanier, âgée de 7 ans, entra le 16 juillet, malade depuis 15 jours. Au début, céphalalgie, douleur à l'épigastre; fièvre, toux, étouffemens, point de vomissemens ni de diarrhée. 8 sangsues ont été appliquées à l'épigastre.

17 juillet. Céphalalgie, assoupissement, face colorée, langue blanchâtre, piquetée à sa pointe, abdomen souple, indolore, point de dévoiement, respiration pure, pouls fré-

quent. (Mauve édulcorée, sinapismes aux extrémités inférieures; 6 sangsues derrière les oreilles; diète.)

Du 19 au 22, l'assoupissement et la céphalalgie sont toujours au même degré; les réponses sont lentes mais justes; la face est colorée, les yeux fermés, la langue est blanchâtre; l'abdomen paraît un peu douloureux sous la pression; il y a eu plusieurs selles après les lavemens purgatifs.

La respiration reste pure, la peau sans chaleur. Le pouls à 116, le 20, tombe à 96 le 21. (6 sangsues ont été de nouveau appliquées derrière les oreilles le 19. Le 20, on a commencé le calomel à la dose de 8 grains en quatre prises, on continue en même temps l'application des sinapismes aux extrémités inférieures.

22. Assoupissement plus profond, yeux fermés, renversement de la tête en arrière; plaintes; peau sans chaleur. (Calomel 12 gr. en 3 prises; 5 sangsues à la base du crâne; mauve édulcorée, sinapismes.)

23. Même état. (Séton à la nuque; oxyde blanc d'antimoine, 12 grains.)

24. Décubitus dorsal, face malvacée, conjonctives injectées, paupières immobiles, pupilles dilatées, raideur des deux bras, quelques mouvemens convulsifs des muscles de la face, respiration haute; une selle; pouls irrégulier, inappréciable, lavement purgatif; oxyde blanc d'antimoine, 18 grains.) Morte à 11 heures du matin, sans convulsions.

Nécropsie 24 heures après la mort. — Sinus longitudinal de la dure-mère contenant des caillots fibrineux, rougeâtres; arachnoïde à la surface convexe, sèche. A la base et même sur le cervelet, couche de sérosité séro-purulente sous-arachnoïdienne; la substance corticale suit l'arachnoïde en quelques points lorsqu'on essaie d'en détacher celle-ci; substance blanche généralement molle. Ventricules latéraux très-distendus; diamètre longitudinal, trois pouces neuf lignes. Il s'en écoule environ trois cuillerées de sérosité. Poumons sains. Tubercule isolé et unique

dans le poumon gauche. Bronches et trachée rouges. Point de tubercules dans les glandes médiastines. Cœur à l'état normal. Aorte sans coloration. L'estomac offre des marbrures violacées dans le grand cul-de-sac, sans ramollissement. Rougeur violacée et disposée de distance en distance, par un ou deux pouces, mais qui toutes réunies occuperaient à peine l'étendue d'un demi-pied. Rougeur des S iliaques et du rectum. Colon transverse sain sous le rapport de sa consistance et de sa coloration. Foie sain, rate et rein sains. Vessie distendue par de l'urine qui contient des mucosités, elle offre quelques rougeurs arborisées à sa surface.

Nous avons trouvé, dans ce cas, un symptôme qui n'avait pas été observé dans les observations précédentes, c'est la céphalalgie. L'état de l'intelligence a pu aussi être mieux apprécié; l'assoupissement, peu remarquable au début, alla toujours en augmentant. Enfin, il y eut quelques modifications dans la motilité. Nous regrettons toujours que les nécropsies faites avec trop peu de soin, ne permettent point d'expliquer les différences qu'ont présentées les symptômes de cette affection, d'avec les symptômes des observations précédentes.

Obs. VII.e — *Face grimacée. Point d'assoupissement. Intelligence nette. Point de délire, ni de convulsions. Mort le 17.e jour. Epanchement séro-purulent à la base du cerveau. Dilatation des ventricules. Consistance de la voûte à trois piliers. Granulations de la plèvre pulmonaire.* — Ausoul, âgée de 8 ans, entrée le 17 août. Constitution bonne, brune, maigre, ayant le visage grêlé de variole. Elle est malade depuis trois jours. Début soudain vers le soir; nausées, vomissemens; céphalalgie très-forte.

17 à son entrée. Face grimacée, céphalalgie, réponses justes, point d'assoupissement. Les autres fonctions légèrement examinées me paraissent à l'état normal. (4 sangsues derrière chaque oreille.)

18. Face colorée et grimacée, sourcils rapprochés, yeux chassieux, conjonctives injectées. Céphalalgie très-intense, langue blanchâtre, soif, appétit, nausées. Abdomen indolore, vessie distendue, constipation, point de toux. Respiration pure, chaleur de la peau en rapport avec la saison. Pouls à 96. (Prescription de M. Guersent : Oxymel; 6 sangsues aux tempes; cataplasmes sinapisés aux jambes; lavement purgatif.)

Les jours suivans, la céphalalgie persiste; elle paraît être insupportable; elle arrache des plaintes continuelles à la petite malade. Ses cris redoublent lorsqu'on remue la tête, ou lors même qu'on ne fait que toucher du bout des doigts le cuir chevelu. Cette dernière circonstance paraît faire craindre à M. Guersent que la douleur ne soit rhumatismale, et que le cuir-chevelu n'en soit le siège. C'est pourquoi il prescrit un cataplasme sur toute la tête le 21 août; mais au moment de l'appliquer, la petite malade ayant été prise de convulsions manifestées par la contraction des muscles du cou, avec renversement de la tête en arrière, roulement des yeux; silence aux questions les plus pressantes, je craignis, par l'application d'un topique chaud, d'augmenter la congestion cérébrale, et j'empêchai l'application du cataplasme.

Pendant tout ce temps l'expression de la face était celle d'une souffrance extrême. Les sourcils restaient froncés; le trait naso-labial était tiré en haut, et l'œil enfoncé dans l'orbite paraissait fuir la lumière. Du reste, l'intelligence, (sauf le moment des convulsions qui ne dura pas plus de trois minutes), était complète. La petite malade répondait à toute question; mais elle montrait une irritabilité extrême aussitôt qu'on touchait une partie quelconque du corps. Elle conservait de l'appétit; mais de temps en temps elle avait des nausées qui n'étaient pas suivies de vomissemens. Malgré les lavemens et le calomel administré à la dose de 5 à 6 grains par jour, il n'y eut que deux selles par jour.

La chaleur restait naturelle; le pouls à 96 le 19, tomba à 88 le 20, puis le 21 il monta à 116, puis à 104 les jours suivans.

Le 23, l'enfant continuant toujours à se plaindre de la tête lorsqu'on la touchait dans cette partie, M. Blache, qui prenait le service en place de M. Guersent, voulut essayer d'un cataplasme émollient sur le cuir-chevelu.

Le 23 et le 24, l'enfant avait été placée dans un bain. Le 20, un vésicatoire avait été appliqué à la nuque, et toujours l'on avait continué les boissons émollientes, les lavemens purgatifs et le calomel.

24. Un peu de sommeil, irritabilité toujours très-grande aux moindres attouchemens, céphalalgie, plaintes, face grimacée, langue blanchâtre; abdomen souple, *paraît* sensible sous la pression. Une selle; peau fraîche; pouls à 120. (Supprimer le calomel; hydromel, deux pot.; bain de 27° avec affusion à 17°.)

La douleur a paru un peu calmée après l'affusion; l'enfant s'est moins plaint. La céphalalgie persiste toujours, la face reste grimacée, l'intelligence libre. Il y a plus d'affaissement. La langue est toujours blanchâtre, l'haleine devient fétide, et nous trouvons une petite plaque couenneuse le long de la joue gauche. L'abdomen est souple, mais on dirait qu'il est d'une sensibilité extrême, car l'enfant pousse des cris aussitôt qu'on y touche. Il est vrai que la même sensibilité est accusée aussitôt qu'on paraît vouloir toucher toute autre partie du corps. Il n'y a jamais plus de une ou deux selles par jour, malgrés les lavemens laxatifs qui ont été repris. La peau est devenue plus chaude, et du 25 au 28 le pouls marque toujours 128.

29 août. Léger paroxysme hier au soir, marqué par une plus grande coloration de la face; agitation, céphalalgie moindre, face moins grimacée, pupilles dilatées, affaissement, réponses nettes, se plaint de son ventre qui est

souple. Une selle ; peau fraîche ; pouls à 120. (Un quart lavement avec deux grains racine de valériane.)

30. Elle a pris son lavement hier à onze heures du matin. La journée fut calme, mais la nuit fut agitée ; elle poussait des cris continuels. La veilleuse affirme qu'elle n'a point été prise de convulsions.

Elle est morte à cinq heures du matin, plutôt qu'il n'était pronostiqué.

Les affusions avaient été continuées pendant trois jours sans amélioration, on les remplaça par des applications froides de 15° à 18°. Du reste, cataplasmes sur le ventre et lavemens laxatifs tous les jours.

Nécroscopie à neuf heures du matin. — Le sinus longitudinal supérieur contient un petit caillot fibrineux. Arachnoïde, *à la surface convexe* du cerveau, sain ; injection des gros vaisseaux ; pie-mère injectée, se détachant facilement de la substance cérébrale sous-jacente.

A la base. Entre la commissure des nerfs optiques et les pédoncules du cerveau, dans les deux scissures de Sylvius, de la fente de Bichat, autour de l'artère basilaire et des grosses divisions de la carotide interne, l'arachnoïde est opaline, et présente une matière jaune-verdâtre formant une aréole de une ligne environ, consistante, et pareille à du pus. A la surface du cervelet, l'arachnoïde est à l'état normal. Les circonvolutions cérébrales sont généralement pressées les unes contre les autres ; les substances blanche et corticale sont partout fermes et peu injectées. La voûte à trois piliers, le corps calleux et le *septum lucidum* offrent une dureté peu ordinaire. Les ventricules latéraux contiennent trois cuillerées de sérosité ; leur cavité est dilatée ; le diamètre longitudinal, observé à la partie supérieure seulement, est de quatre pouces une ligne.

Le larynx est sain sous le rapport de sa consistance, de sa coloration et de sa conformation. Les poumons n'offrent

aucun engorgement pneumonique ; mais trois ou quatre petites plaques de granulations blanches, transparentes, larges comme l'ongle du petit doigt, placées sous la plèvre. Glandes bronchiques saines, sans tubercules. A la paroi interne de la bouche, ulcération alongée le long de l'arcade dentaire supérieure, envahissant la muqueuse dans toute son épaisseur. Œsophage sain. Estomac sans ramollissement, offrant quelques marbrures couleur de rouille dans le grand cul-de-sac. Intestins sains; n'offrant aucun changement de couleur ni aucun développement des plaques de Peyer. Foie fauve, bordé d'un cercle noirâtre. La vessie présente quelques rougeurs arborisées. Rate et reins sains.

Une céphalalgie très-vive, très-opiniâtre qui domine tous les autres symptômes pendant tout le cours de la maladie; l'expression souffrante de la face, l'irritabilité extrême de la petite malade aux moindres attouchemens et qui correspond avec l'état ferme du corps calleux et de la voûte à trois piliers; la sensibilité du ventre, sans aucune altération des organes abdominaux ; d'un autre côté, l'absence du délire et de convulsions, le manque d'assoupissement, et la mort arrivée plutôt qu'elle n'était attendue, telles sont les circonstances remarquables de cette observation. Notons encore que le pouls a été toujours s'accélérant.

Obs. VIIIe — *Tuméfaction du genou. Vomissemens. Assoupissement. Fréquence continuelle du pouls.* ***Mort le*** 10.e ***jour.*** ***Epanchement de sérosité sous-arachnoïdien à*** *la base du cerveau. Tubercules dans le cerveau et le cervelet. Tubercules dans la synoviale de l'articulation fémoro-tibiale.* — Lionnet, âgée de six ans, entrée le 30 novembre 1831. Cheveux très-blonds, peau blanche, formes arrondies et grasses. A son entrée elle présentait un gonflement du genou gauche, avec douleur, rougeur et fluctuation sensible. De plus, un abcès froid sur le coup de pied, et quelques gonflemens scrofuleux de plusieurs doigts.

L'abcès du coup de pied fut ouvert. Vingt sangsues en deux fois furent appliquées sur le genou. Le 25 décembre on eut recours à un moxa. L'état de la petite malade s'était amélioré, lorsque je pris le service le 1.er janvier 1832.

Pendant le cours de ce mois, le gonflement du genou diminua. Cependant tous les soirs la petite malade offrait un mouvement fébrile.

31 janvier. Elle a beaucoup vomi hier au soir. C'était un jour de visite des parens. Cependant on nous assure qu'elle n'a mangé que quelques bonbons. Face colorée, assoupissement. Lorsqu'on lui demande son mal elle montre la tête; langue naturelle, abdomen indolore, point de diarrhée; peau chaude, pouls à 72. M. Guersent redoute une affection cérébrale. (Limonade; deux lavemens; sinapismes aux jambes; six sangsues derrière les oreilles.

1.er février. Toujours même affaissement. Elle répond cependant à nos questions. Alternatives de pâleur et de rougeur dans la journée, pouls irrégulier, abdomen indolore, point de selles. (Six sangsues derrière les oreilles; 12 grains de calomel en six prises; deux vésicatoires aux jambes; deux lavemens purgatifs.)

Dès ce jour, M. Guersent ne douta plus que ce ne fût une affection cérébrale dont l'enfant était atteinte. Jusqu'au 9 février, jour de sa mort, elle est toujours restée dans le même état d'assoupissement, les yeux fermés et le corps immobile. L'état des pupilles n'a pas été noté exactement. Cependant le 7 et le 8 février, c'est-à-dire, le 9.e et 10.e jour de la maladie, elles sont dites peu dilatées. Il y eut strabisme le 10.e jour.

Dès le 2 février on observa un peu de carphologie. Le 5, même symptôme, et ce jour, pour la première fois, nous crûmes trouver un peu de rétraction dans le bras droit. De fortes convulsions précédèrent la mort. L'état de la sensibilité ne fut jamais constaté. Du reste, l'enfant fut toujours assez paisible et ne fit entendre aucun cri. Le 3 février,

c'est-à-dire au 5.ᵉ jour de la maladie, elle conservait toute la connaissance et demandait le pot pour uriner; mais dès le lendemain elle ne put plus reconnaître ses parens, et tomba dans un état de surdité complète. Cependant le 8.ᵉ jour elle mangeait encore un morceau de pain qu'on lui mettait dans sa bouche.

Jusqu'au 8.ᵉ jour, la face rougit et pâlit alternativement dans la journée. Vers le soir la rougeur était plus permanente et signalait le paroxysme. Ce symptôme frappa moins l'attention dans les deux derniers jours. La peau n'offrit jamais beaucoup de chaleur. Le pouls, qui d'abord était à 96 et régulier, le 7.ᵉ jour est noté à 120, et continue d'être fréquent les jours suivans. Il y eut constipation durant toute la durée de la maladie. Le calomel porté à la dose de douze grains, et les lavemens purgatifs purent à peine provoquer une ou deux selles par jour.

Ce sont là les seuls phénomènes que nous offrent la marche de cette maladie. Cependant le 6.ᵉ jour il y eut un écoulement de mucosités par le nez et par les oreilles, et les jours suivans la petite malade fit entendre un peu de toux grasse.

Quant au traitement, le voici : deux applications de sangsues eurent lieu aux tempes; la première, le 2 février; et la seconde, le 6, au moment du paroxysme du soir. Deux applications de ventouses scarifiées le 2, et le 3, le calomel fut porté jusqu'à douze grains. Le 2, vésicatoire à la nuque; lavemens purgatifs et sinapismes tous les jours. A partir du 5, frictions avec l'onguent mercuriel, et le 8 où se montra le râle de la mort, cautérisation linéaire avec la potasse caustique le long de la sution sagittale.

Nécroscopie 26 heures après la mort.—Cavité du crâne. Arachnoïde peu injectée à la surface convexe du cerveau, se détachant avec facilité. Infiltration séreuse à la base du cerveau. Aucune trace de pus. La substance cérébrale généralement molle. Parties centrales du cerveau générale-

ment molles, tombant en deliquium. Ventricules dilatés, laissant écouler environ un verre de sérosité séro-sanguinolente.

Dans la substance corticale du lobe antérieur gauche, et dans la substance blanche du lobe postérieur droit, il existe deux tubercules jaunâtres, rebondissans, durs, qui se détachent facilement de la substance cérébrale au milieu de laquelle ils se trouvent. Nous trouvons encore des tubercules dans le cervelet.

Poumons sains, sans tubercules. Cœur sain. Estomac sain. Quelques points tuberculeux existent dans l'intestin grêle, surtout dans le voisinage du cœcum. Muqueuse du gros intestin saine, matières moulées. Foie et rate sains. Reins pâles et décolorés. Les os du genou malade sont parfaitement sains. La membrane synoviale est tapissée de petits points tuberculeux, blanchâtres, durs, assez semblables aux tubercules de la plèvre et du péritoine. Carie des os du pied.

Toute imparfaite qu'est cette observation, en ce que ni l'état des pupilles, ni l'état de la sensibilité, ni l'état de la motilité ne sont exactement constatés, elle peut nous servir sous d'autres rapports. 1.° Nous voyons par quels signes dès le début M. Guersent put diagnostiquer une affection cérébrale; quel traitement énergique fut employé; son inefficacité bien explicable par les tubercules trouvés après la mort. Nous y voyons la pâleur et la rougeur alternatives de la face; la lenteur du pouls au début et sa fréquence vers la fin, et les convulsions avant la mort, convulsions qui n'ont pas toujours été observées soit par leur défaut réel, soit par la négligence des infirmiers.

J'appellerai encore l'attention sur une altération étrangère à l'objet principal de ce mémoire; je veux parler de l'état tuberculeux de la capsule synoviale. Je crois que c'est la première fois que cette altération est signalée comme pouvant être la cause des tumeurs blanches articulaires;

tel fut du moins le sentiment de la plupart des membres de la Société anatomique, à qui cette pièce fut présentée, et les recherches que j'ai pu faire m'ont confirmé dans cette pensée. M. Brodie lui-même n'en parle pas dans son grand ouvrage sur les maladies des articulations. On conçoit les conséquences pratiques qui découlent de ce fait : 1.° c'est qu'il faudrait se garder de recourir à l'amputation, dans un cas de tumeur blanche dépendant d'une telle cause; 2.° c'est que la résorption de la matière tuberculeuse n'est pas impossible, puisque sous l'influence des moyens de traitement employés, nous vîmes diminuer la tuméfaction du genou, et s'opérer une amélioration sensible.

*Obs. IX.*e — *Affections scrofuleuses antécédentes; début lent de l'affection cérébrale, contracture, convulsions. Mort le 39.e jour; lésions de la base du cerveau; tubercules.* — Auguste Guibourt, âgé de 4 ans, entré le 14 septembre 1832, né à Paris, demeurant rue Mouffetard; cheveux blonds, yeux gris, système musculaire assez bien développé. Il porte une tuméfaction de la face dorsale de la main gauche entre le pouce et le doigt indicateur; cette tuméfaction est molle, fluctuante, peu douloureuse au toucher; la peau qui la recouvre est amincie et violacée, de sorte que la tumeur paraît prête à se percer. (Chiend., réglisse, iode 6 onces.) L'état général de l'enfant est d'ailleurs bon. Son corps n'offre ni ulcération, ni cicatrice, ni déformation, ni aucune trace de scrofules. Jusqu'au 26 octobre, son état n'éprouva aucun changement. Il fut pris d'une de ces ophthalmies catarrhales, avec secrétion de mucosités très-abondantes, ophthalmies si communes dans les salles de l'hôpital des enfans; mais il en guérit complètement. La tumeur qu'il portait au doigt s'ouvrit, donna issue à une petite quantité de pus, comparativement à son volume, et laissa persister un engorgement dur, percé au centre d'un orifice fistuleux. L'iode, à l'intérieur et en bains, fut continué jusqu'à ce moment.

Vers le 26 novembre, nous fûmes avertis, par la religieuse de la salle, que l'enfant était plus triste, qu'il mangeait moins et paraissait toujours de mauvaise humeur, voulant rester dans son lit et refusant de se lever. Une teinte légèrement rouge et une secrétion de mucosités très-abondante se présentaient aux deux yeux. L'enfant interrogé répondait qu'il ne souffrait point; sa face était naturelle, ses pupilles mobiles, le pouls sans fréquence, l'abdomen souple; et il n'y avait point de dévoiement. (Bains de pieds; limonade; sus pendre l'iode.) Aucune amélioration ni aucune aggravation, jusqu'au 15 novembre. Ce jour, il vomit une fois, l'assoupissement et les mêmes symptômes que précédemment persistent. (6 sangsues aux tempes.) Aucune amélioration. Deux nouvelles applications de 8 sangsues chaque fois sont répétées sans résultat. Les symptômes s'aggravent visiblement, et le 24 novembre voilà l'état où se trouvait l'enfant.

24 novembre. Face pâle, assoupissement, plaintes; il nous reconnaît très-bien, et nous répond qu'il ne souffre nulle part. Sensibilité bien conservée, mouvemens libres, pupilles mobiles, peu dilatées, abdomen souple, rêveries fréquentes, constipation; pouls à 100; secrétion abondante de mucosité aux deux yeux. (Chiendent édulcoré, 12 grains de calomel en 6 prises.) Jusqu'au 30, persistance des mêmes symptômes au même degré.

30 novembre. Assoupissement, face pâle, pupilles dilatées, mauvaise humeur, cris aux moindres attouchemens: sensibilité intacte, mouvemens libres, réponses justes, langue naturelle; il s'est plaint du ventre, a vomi trois fois, point de dévoiement, peau chaude; pouls à 100; poitrine sonore, aucun râle. (Séton au col, oxymel, bain de pieds, lavement purgatif.)

Cette affection qui, jusqu'alors, s'était développée avec tant de lenteur, à partir de ce jour, prit une marche plus rapide. L'assoupissement se prononça davantage; l'enfant

paraissait dans un état complet de sommeil. La face était tantôt rouge tantôt pâle. Les yeux restèrent fermés, obstrués par une abondante secrétion de mucosités; et la veille de la mort, la partie inférieure de la cornée, en contact avec les mucosités, nous parut blanchâtre et ramollie. Les pupilles ne furent jamais ni contractées ni dilatées, mais parfaitement mobiles. Il y eut strabisme et rotation du globe de l'œil en haut, à partir du 1.er décembre. La sensibilité resta toujours bien conservée, jusqu'au dernier moment. L'enfant faisait entendre quelques plaintes, mais il ne répondait plus à aucune question.

Le 3 décembre, nous remarquâmes, pour la première fois de la contraction dans le bras droit; cette contraction était surtout manifestée par la flexion des doigts dans le creux de la main; mais ce phénomène fut encore plus apparent le lendemain 4 décembre; l'avant-bras droit était raidi dans l'extension, tandis que les doigts étaient facilement serrés dans la flexion. Le membre gauche supérieur paraissait aussi contracté, mais d'une manière moins évidente; les dents étaient serrées et la déglutition impossible. Quant aux fonctions digestives et respiratoires, elles n'offrirent aucune modification nouvelle, la constipation persista jusqu'au dernier moment.

Du 4 décembre, c'est-à-dire trois jours avant la mort, l'haleine devint fétide, et l'enfant rendit par la bouche quelques mucosités mêlées de sang. La peau resta toujours à une température ordinaire; le pouls s'éleva à 96, 104 et 112. Enfin, la suppuration de la plaie, constatée à plusieurs reprises, fut trouvée toujours aussi abondante, et la surface de l'orifice fistuleuse n'offrit aucun changement.

Dans la journée du 4, l'enfant fut pris de convulsions aux deux membres, mais surtout du côté droit; et il mourut à minuit.

Nécroscopie le 6, *à* 10 *heures du matin.* — *Crâne.* Sang noir et sans caillot, dans une étendue d'un pouce carré en-

tre la dure-mère et la table interne des os du crâne, dans la fosse temporale gauche, le long de l'artère méningée moyenne. *Arachnoïde*, à la surface convexe du cerveau, lisse et poisseuse; glandes de pacchioni visibles et adhérentes à la dure-mère. *Tissu cellulaire sous-arachnoïdien*, sans infiltration. *Substance corticale*, molle, s'enlevant avec l'arachnoïde. *Circonvolutions* pressées les unes contre les autres. *Substance blanche*, , molle et injectée. Ventricules du cerveau, dilatés et contenant environ 6 onces de sérosité. Arachnoïde de la base du crâne, opaline entre la commissure des nerfs optiques et l'écartement des pédoncules; les scissures de Sylvius ont leurs bords très-serrés et très-rapprochés; on remarque entre elles, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, quelques points jaunes grisâtres, ayant l'aspect des tubercules. Substance corticale, très-molle. Substance blanche injectée. — Poumon droit contenant un tubercule aussi gros qu'une noix, dans son lobe supérieur droit. Hépatisation; violacée du lobe inférieur. Poumon droit sain. Cœur sain. Estomac à l'état normal; la membrane muqueuse est détachée dans l'étendue d'une ligne, au grand cul-de-sac et d'un pouce près du pylore. Les intestins grêles n'ont pas été examinés. Muqueuse des gros intestins, généralement ramollie, offrant dans les différens points de son étendue des lambeaux de trois à quatre lignes au plus, sans aucune injection. Les autres organes abdominaux sont tout-à-fait sains. Le doigt indicateur de la main gauche, examiné avec soin, offrait une altération qui sera décrite en une autre occasion, et qui se rapprochait beaucoup des tubercules des os.

Nous avons pu suivre symptôme par symptôme le développement de cette affection : la tristesse, l'assoupissement, l'alternative de rougeur et de pâleur de la face, le strabisme, la contracture des membres. Nous voyons, d'une autre part, les pupilles conserver, dans toute la durée de la maladie, leur état normal; l'enfant ne se plai-

gnit jamais de céphalalgie; il conserva son intelligence jusqu'au sixième jour avant la mort; il ne manifesta jamais une trop vive sensibilité, et il eut une constipation opiniâtre. Les altérations de la base du crâne, et la présence des tubercules trouvés à l'autopsie, expliquent les symptômes et la marche si lente de la maladie. Mais dans l'état actuel de la science, quel autre traitement que celui qui fut employé pouvait-on opposer à la maladie? En face des altérations que montre l'autopsie, il est en vérité plus désolant pour l'esprit, qu'il n'est consolant pour l'amour-propre, d'entendre dire qu'on ne pouvait tenir une conduite meilleure que celle qui a été tenue, et que si c'était à recommencer, il faudrait faire ce qui a été fait, malgré l'issue fatale.

Art. II. — *Affection cérébrale guérie.*

Obs. X.e — *Affection cérébrale, pronostic grave; guérison unique; convalescence longue.* — Héloïse, âgée de 5 ans et demi, fut portée à l'hôpital des enfans une première fois, le 3 août de cette année. On nous dit qu'elle se plaignait de la tête et du ventre; mais dès le 4, ces accidens avaient disparu. Il n'y avait ni mal de tête ni mal de ventre; l'enfant mangeait bien, dormait bien. Elle sortit le 5. Sa mère nous dit qu'elle était sujette à de pareilles migraines qui, depuis quelque temps, étaient devenues plus rares. Il paraît que dès le lendemain de sa sortie elle recommença à se plaindre de la tête et des membres inférieurs. Les douleurs des membres inférieurs, qui n'étaient expliquées par aucune lésion locale, furent assez vives pour qu'on fut obligé de faire garder le lit à l'enfant. Le 7, elle eut un vomissement, mais elle n'est très-malade que depuis le 8. En effet, depuis ce jour, assoupissement, cris, fièvre, point de dévoiement; l'enfant a rendu un ver. Le 14, elle est ramenée à l'hôpital.

15. Face pâle, altérée; assoupissement. L'enfant porte sou-

veut la main à sa tête; point de vomissemens ni de dévoiement, un peu de toux, râle sibilant des deux côtés; peau chaude, pouls à 136. Point de contraction d'aucune partie, sensibilité conservée. (Tis. de chiendent avec oxymel, 2 pots; calomel, six grains; lavement de décoction de graines de lin avec miel mercurial ℥ ij; six sangsues à la base du crâne.)

15. Les saignées des sangsues ont donné beaucoup de sang; quelques nausées ont eu lieu après les premières prises du calomel; mais les évacuations alvines ne sont survenues qu'après le lavement administré le soir, celles-ci ont été liquides et abondantes. Vive agitation pendant la nuit et la journée d'hier, cris aigus, face pâle, yeux fixes, pupilles contractées; l'enfant paraît entendre, mais ne fait aucune réponse; rougeur et pâleur alternatives de la face; peau chaude; pouls à 120. (Calomel huit grains; chiendent oxymellé; deux vésicatoires aux jambes.)

17. Un peu plus de calme. L'enfant reconnaît sa mère. Yeux moins hagards; aucune réponse aux questions qu'on lui adresse; face calme, langue blanche, humide; une selle après le lavement, pouls à 120. (Calomel, quatre gr.)

18. Encore un peu d'agitation pendant la nuit; mais plus de calme le matin; face moins pâle; pouls à 106; ventre balonné; une selle après le lavement. (Chiendent oxymel.; calomel 4 gr.; lait coupé.) A voir des mouches qui se promènent sur les lèvres et les paupières de cet enfant, on dirait que chez elle la sensibilité est émoussée; cependant elle ressent les excitations extérieures, aucune contracture. A partir de ce jour, les symptômes continuent à s'améliorer, mais lentement. Il y eut pendant les deux jours suivans un peu d'agitation la nuit. Mais le 20 l'enfant commença à sourire; la face reprit une expression meilleure; mais l'enfant témoignait encore de la mauvaise humeur; elle pleurait en revoyant sa mère, et paraissait s'ennuyer. Le pouls conservait toujours une fréquence remarquable, alors même que tous les autres symptômes

étaient disparus ; du 18 au 25 il marquait de 124 à 116. Le 25 il tomba à 104, remonta à 120 pendant trois ou quatre jours que la petite malade fut prise de diarrhée, et revint à 96 le 1.er septembre, puis à 88, et enfin à 84. Le calomel fut continué jusqu'au 22. Ce jour il y eut eut cinq ou six selles. Le calomel fut suspendu. La diarrhée cessa, mais reparut le 28 août, et dura jusqu'au 7 septembre, coïncidant avec une légère récrudescence fébrile. La convalescence fut longue; l'enfant restait triste et débile.

Le 23 août l'enfant avait commencé à prendre du lait coupé. Le 26 elle prit une panade ; les alimens furent suspendus pendant la diarrhée. Le 23 septembre, la malade était enfin bien portante.

Malgré le défaut de vérification nécroscopique, je regarde cette affection comme étant de même nature que les précédentes, et je suis confirmé dans cette pensée par le diagnostic de M. Guersent. C'est le premier exemple d'une affection cérébrale parvenue à ce degré, que nous voyons guérir à l'hôpital dans le cours de cette année.

De l'analyse de cette observation, nous pouvons tirer les faits positifs suivans : un vomissement dès la début; assoupissement continuel mêlé d'agitation nocturne ; état de la sensibilité qui est excitée par nos attouchemens et point par le chatouillement des mouches ; constipation au début, diarrhée pendant la convalescence, et dont le point de départ peut être attribué au calomel ; expulsion des vers. Nous constatons au contraire les faits négatifs suivans : point d'exaltation ni de diminution de la sensibilité, point de délire, point de cris hydrencéphaliques, point d'irrégularité du pouls. (Il faut remarquer que l'enfant nous fut apporté au 10.e jour de la maladie.) Le traitement a consisté dans l'application de six sangsues et de deux vésicatoires aux jambes, et de 34 grains de calomel administrés pendant sept jours à des doses décroissantes. Mais, en bonne conscience, peut-on attribuer à cette médication la guérison de

l'enfant? Mais alors il faudrait rendre cette même médication responsable de la mort survenue dans les neuf autres cas. Il n'y aurait pas dédommagement.

Art. III. — *Affections cérébrales soupçonnées.*

Obs. I.re — *Appareil symptômatique d'après lequel fut diagnostiquée une affection cérébrale.* — Blanchard, âgée de deux ans, entrée le 10 septembre, au moment même de la visite. Yeux fixes, pupilles dilatées, face pâle, mouvemens libres, aucune exaltation ni mouvement de la sensibilité. Langue naturelle, respiration pure, peau sans chaleur, pouls à 120. On nous dit que l'enfant est dans cet état depuis quatre jours. Mais comme il est apporté à l'hôpital par un voisin, il est impossible d'obtenir aucun autre détail. (Gom. édulc., sinapismes aux jambes.)

M. Blache, chargé du service, paraît craindre le développement d'une affection cérébrale.

11. Attitude naturelle, face calme, pupilles dilatées, un peu d'assoupissement. Peau chaude, pouls à 132. Ventre balonné, dévoiement. (Gomme édulc.; diète.)

12. Face naturelle, peau sans chaleur, pouls à 120, peu de toux, dévoiement moindre. — 13. Face naturelle; pouls à 56, peau sans chaleur. Trois selles. — 14, sortie.

Etait-ce une affection cérébrale? A en croire les symptômes, je pense que le diagnostic porté par M. Blache n'a pas été hasardé. Le pronostic aurait pu être grave dès l'entrée. Mais qui peut avoir arrêté la marche de la maladie? Ce n'est pas le traitement. Peut-être faut-il attribuer l'amélioration survenue le lendemain à la diarrhée. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas pour nous faire honneur de cette guérison que cette observation est citée, mais pour montrer sur quelles nuances légères un praticien exercé se croit en droit de diagnostiquer une affection grave.

Obs. II.e — *Affection cérébrale; diagnostic de M. Guersent. Symptômes peu intenses. Roideur des bras.* — Aimée

Maton, âgée de sept ans et demi, entrée le 6 mai, malade depuis trois semaines, époque à laquelle elle eut le choléra à un degré assez intense. (Vomissement, diarrhée, coloration bleuâtre, selles.) Elle put néanmoins se rétablir. Mais ayant eu il y a quatre jours une indigestion, elle est retombée malade.

6 mai, à son entrée, assoupissement continuel, yeux fermés, conjonctives un peu injectées, céphalalgie, langue naturelle, abdomen aucunement sensible, point de vomissemens ni de selles, peau chaude, pouls à 80, un peu de toux grasse. (Gomme édulcorée; deux sangsues derrière chaque oreille; sinapismes mitigés). M. Guersent diagnostique une affection cérébrale.

Les jours suivans la petite malade continua à présenter le même état. Les symptômes ne prirent aucune intensité. Seulement la face s'infiltra, et nous nous aperçûmes que les doigts de la main droite étaient constamment dans une flexion forcée.

9 mai. Œdème de la face, pupilles peu dilatées, face rouge, céphalalgie, raideur des deux bras, surtout du droit; langue humide, soif, point de sellès. (Quatre sangsues derrière chaque oreille; un large vésicatoire entre les épaules.)

Les symptômes persistèrent encore pendant deux jours: le bras droit s'infiltra. Le 11, on fit prendre à la petite malade un lavement purgatif avec du miel de mercuriale. A partir de ce jour l'amélioration commença, et le 27 mai l'enfant sortit très-bien guérie.

Dans cette observation, les symptômes, quoique moins prononcés que dans la précédente, l'étaient pourtant assez pour faire soupçonner une affection cérébrale. La roideur du bras, qui était très-marquée, n'est pas un phénomène fréquent. Nous ne pouvons également expliquer l'œdème; l'épanchement de sérosité, au lieu de se faire à la base du crâne, s'est-il fait à la face; cet œdème a-t-il agi comme

dérivatif? Si nous recherchons les causes qui amenèrent une terminaison favorable, nous ne pouvons nous arrêter qu'à la marche lente de la maladie.

Obs. III.[e] — *Affection cérébrale diagnostiquée par M. Guersent. Céphalalgie. Symptôme unique.* — Colin, petite fille âgée de 11 ans., entrée le 26 avril. Douleur frontale, surtout lorsque l'enfant se remue ; face grimacée. Cette douleur existe depuis quatre jours. Face pâle, point de soif, langue naturelle, abdomen indolore, constipation, respiration pure, pouls à 76. (Hydromel, deux pots; douze sangsues derrière les oreilles; lavement laxatif.) Sur ce simple appareil symptômatique, M. Guersent me déclara qu'il y avait à redouter une affection cérébrale, et il agit en conséquence. Dès le lendemain la céphalalgie était disparue, et quatre jours après la petite malade sortit guérie. Mais était-ce une affection cérébrale? M. Guersent ne s'est point fâché de cette question.

Art. IV. — *Affections cérébrales simulées.*

Obs. I.[re] — *Choléra dans la période de réaction, difficile à distinguer d'une affection cérébrale.* — Charain, âgée de trois ans, entrée le 24 août, arrivée à Paris avec sa mère, de Valence, il y a cinq semaines : cet enfant était habituellement sujet à des diarrhées opiniâtres. Face chétive. Dans la nuit du 20 au 21 août, la petite malade a été prise de vomissemens. La diarrhée a augmenté ; le 23 l'enfant a rendu un ver, et le 24 elle est portée à l'hôpital.

24 août. Yeux hagards tournés en haut; conjonctives injectées, impossibilité de voir les pupilles, pommettes malvacées, cris plaintifs, assoupissement continuel. Aucune réponse aux excitations. L'enfant paraît ne pas entendre. Ventre bouffi, sans douleur sous la pression. Une seule selle depuis la nuit dernière. Peau fraîche; pouls à 100. (Chiendent édulc.; catapl. sinap.; deux lavemens émolliens.)

Vers le soir face colorée, respiration bruyante, peau plus chaude. (Quatre sangsues derrière les oreilles.)

Nuit sans agitation. Mort le 25 à huit heures, sans convulsions.

Nécroscopie à dix heures, le 26. — Sinus longitudinal supérieur plein de sang noir, fluide, sans caillot. Arachnoïde, à la surface convexe du cerveau, sèche, poisseuse, injectée, se détachant facilement de la substance corticale. Même état de l'arachnoïde à la base du cerveau. Substance cérébrale ferme, injectée. Corps calleux et voûte à trois piliers très-fermes. Ventricules peu dilatées; point de sérosité. Cœur flasque. Le ventricule droit et l'oreillette du même côté contiennent des caillots noirs semblables à de la gelée de groseille. Les gros vaisseaux du cœur et de l'abdomen sont gorgés de sang noir. Aorte sans coloration. Les poumons contiennent du sang noir qui exsude de leur tissu aussitôt qu'on l'incise; mais ce sang ne paraît être contenu que dans les gros troncs veineux; il ne paraît point combiné avec le tissu pulmonaire de manière à présenter l'aspect d'une hépatisation, ni même d'un engorgement par stase des vaisseaux capillaires. L'estomac offre quelques marbrures légères dans le grand cul-de-sac, mais on en peut tirer des lambeaux de cinq à six lignes. Intestin grêle, aucune rougeur, aucun développement des plaques. Matière verdâtre pareille à de la purée de poix. Gros intestin sans rougeur. Quelques points noirs marquant l'orifice des glandes de Brunner, qui n'ont éprouvé aucune tuméfaction. Foie fauve; bile épaisse, verdâtre; reins mous, gorgés de sang; vessie distendue; rate saine.

Cette affection fut marquée par M. Blache, qui remplaçait alors M. Guersent: *Affection cérébrale*, avec un point d'interrogation. Nous eûmes bien l'idée que ce pouvait être un choléra, dans la période typhoïde. Mais les détails donnés par la mère étaient si vagues, qu'il n'était pas possible d'en tirer quelques lumières pour le diagnostic. L'autopsie

dissipa les doutes, car les altérations trouvées furent bien celles du choléra.

Cette petite malade n'etait pas la première que nous observions avec ces symptômes cérébraux dans la période de réaction du choléra; mais dans les autres cas nous avions la marche de la maladie qui nous servait de guide et empêchait l'erreur, au lieu que dans celui-ci dès une première visite il aurait été hasardeux de porter un diagnostic plus tranchant.

C'est la seule maladie qui nous ait offert quelque ressemblance dans les symptômes, avec l'affection qui est le sujet de notre travail.

Nous avons bien encore quelques observations *de tubercules* dans le cerveau, qui ont donné lieu à des accidens cérébraux. Nous nous proposons de les publier dans un second article comme complément de celui-ci.

CONCLUSIONS.

De ces observations incomplètes, il peut néanmoins sortir, je le répète, quelques conclusions exactes.

1.° Sur 737 enfans atteints d'affections diverses et soumis à notre observation pendant l'année 1832, il s'en est trouvé dix qui étaient atteints évidemment d'affections cérébrales.

2.° Relativement à l'âge, nous trouvons, en ajoutant les 9 cas suivis de mort au cas suivi de guérison, mais dont le diagnostic nous a paru suffisamment éclairci.

Enfans de 2 ans.	2.
Id. de 2 à 4 ans.	4.
De 5 ans.	1.
De 6 ans.	2.
De 8 ans.	1.

Relativement aux saisons.

Janvier. . .	1.
Mai.	4.
Juin. . . .	2.
Juillet. . .	1.
Août. . . .	2.
Octobre . .	1.

Ces faits sont trop peu nombreux, pour qu'on en puisse tirer aucune conclusion définitive. Ils ne sont placés ici que comme des nombres qui en attendent d'autres.

Quant à la constitution des enfans pris d'affections cérébrales, je n'y ai noté rien de particulier. Généralement, il est très-rare de trouver, chez les enfans, des constitutions typiques. Si, chez les adultes, les nuances entre les types lymphatiques, lymphatico-sanguins, sont difficiles à saisir, chez les enfans, cette appréciation est impossible. A cause de l'abondance du tissu cellulaire, le développement des muscles est insaisissable; la peau, encore vierge, est fine et molle ; la coloration des cheveux n'est pas fixe et peut varier du blond clair au chatain foncé. Cependant, il est des enfans auxquels le boursoufflement et la flaccidité du tissu cellulaire sous-cutané donnent un aspect particulier et de mauvais augure.

Je n'ai pas observé que nos petites malades eussent les facultés intellectuelles plus développées que les autres : généralement, dans les enfans du peuple qui viennent à l'hôpital, l'intelligence est en retard. Aussi habitué que je suis à ces enfans, il m'est arrivé quelquefois de me tromper, lorsque à la ville j'ai voulu juger de l'âge d'un enfant d'après son petit babil et sa gentillesse précoce, d'où je me fais cette question : les enfans, dans les classes riches de la société, sont-ils plus exposés aux affections cérébrales que les enfans dans les classes pauvres? Question insoluble pour un interne des hôpitaux.

Dans l'analyse de mes 10 observations, je ne trouve aucune cause efficiente qui puisse être accusée, dans aucun cas, d'avoir déterminé la maladie.

Six malades paraissent avoir joui d'une bonne santé, au moment de l'invasion.

Des quatre autres, l'une (obs. 4) avait la coqueluche, quelque temps avant le début.

L'autre, avait du dévoiement depuis trois semaines; deux

autres étaient traités dans nos salles de scrofules, pour des tumeurs de l'articulation du genou et de la main. Sept ont eu des vomissemens au début, mais chez trois autres, ce symptôme a manqué. Chez les enfans la première période de presque toutes les affections graves est ordinairement signalée par des vomissemens. Ce symptôme est au contraire rare dans les dernières périodes.

L'assoupissement fut notable, dès le début, chez toutes, excepté chez le N.° 7. Cet assoupissement persista durant toute la durée de la maladie, et se manifesta à la fin, même chez la petite malade qui ne l'offrit pas au commencement. Chez trois, l'assoupissement fut interrompu par de l'agitation, surtout pendant la nuit. Cette agitation était manifestée par des cris, des plaintes et des murmures; les petites malades se retournaient d'un côté à l'autre de leur lit.

Jamais les cris n'ont eu ce timbre perçant qui leur donne un caractère particulier et qui les a fait dénommer par M. Coindet *cris hydrencéphaliques.*

Chez aucun enfant, il n'y eut du délire manifesté par de l'incohérence dans les paroles. Jusqu'à un certain point on pourrait admettre que l'agitation, chez les tout jeunes enfans, exprimait au-dehors le délire; mais même chez les enfans qui avaient passé 5 ans, le délire a manqué.

J'ai noté quelques modifications survenues dans la motilité, chez certains malades; mais comme l'observation de ces symptômes n'a pas été faite également chez tous, un rapport numérique exact ne saurait être établi. Ces modifications consistaient (obs. 1, 4, 6, 9,) dans la contracture des muscles du cou ou des membres supérieurs, et dans quelques mouvemens de la mâchoire inférieure. Trois fois, la déglutition parut difficile; les petites malades n'avalaient point les boissons introduites dans leurs bouches. Une d'elles présenta des mouvemens de carphologie (obs. 8), et trois eurent des convulsions en notre présence.

Non-seulement, cet ordre de symptômes n'a pas été exac-

ment exploré chez tous les enfans, mais même chez ceux où ils sont notés, la conduite, la marche qu'ils ont tenus, n'a pas été régulièrement consignée excepté dans l'observation IX. Je dois dire que chez les enfans en bas âge, la contracture des membres me paraît d'une appréciation très-délicate. Ils sont portés à se raidir contre les moindres attouchemens. Aussi, dans plusieurs des observations où la raideur des muscles est notée comme symptôme existant, dès le lendemain nous trouvons souvent que ce symptôme n'existe plus, circonstance qui me met fort en garde contre la valeur de mon observation.

Quant aux convulsions, je les ai notées dans deux cas où elles se sont manifestées en ma présence; dans tous les autres cas, je me suis toujours informé scrupuleusement si ces convulsions avaient eu lieu surtout aux approches de la mort, et la religieuse de la salle et les infirmières m'ont toujours répondu négativement. Mais quelle confiance ajouter à de pareils observateurs, dont la surveillance et le dévouement sont répartis entre 80 enfans et plus.

La sensibilité examinée, à l'aide de pincemens, n'a jamais paru éteinte ni diminuée; jamais non plus elle n'a paru exaltée, excepté chez la malade N.° 7, qui montrait une grande irritabilité.

L'intelligence, chez trois des plus jeunes, parut étouffée dès les premiers jours; elles ne reconnaissaient point leur mère ni aucune des personnes qui les environnaient. La malade N.° 3 entendait encore nos questions le 3.me jour; elle n'avait que trois ans. Celle N° 5, âgée de 3 ans, nous répondit le 8.me jour. Celle N° 8, demanda le pot le 8.me jour, et cependant tous les autres symptômes, notamment l'assoupissement, étaient à un degré très-prononcé. Toutes perdirent l'intelligence dans les derniers jours, excepté la malade N° 7, qui conserva toutes ses facultés jusqu'au dernier moment.

La céphalalgie n'existait que chez trois des plus âgées, les N.os 6, 7 et 9. Chez les très-jeunes enfans, ce symptôme

est inappréciable. Jamais je ne les ai vu porter la main à leur front, de façon à déceler la partie souffrante. Ce symptôme fut remarquable surtout chez la malade N° 7, et on peut dire que dans les cas où il existait, il imprimait à la maladie une nuance particulière, bien que les altérations anatomiques trouvées après la mort fussent les mêmes que dans les autres cas.

L'état des yeux et de la vision est bien noté une ou deux fois dans chaque observation ; mais dans aucun, cet examen n'a été régulièrement poursuivi tous les jours. C'est pourquoi nous ne pouvons établir aucune comparaison, d'après des nombres fixes, mais nous pouvons dire que trois fois les paupières sont notées mi-closes ou fermées. Deux fois, elles étaient largement ouvertes et donnaient à l'œil une expression hagarde. Une fois, j'ai vu le globe de l'œil tourné en haut et caché sous les paupières supérieures. Trois fois, au début, les conjonctives étaient injectées; et dans tous les cas (excepté dans l'observation 10e) les pupilles, lorsqu'elles ont été examinées, ont été notées dilatées. Au contraire, dans cette observation 10e, elles nous parurent contractées. Dans 6 cas, il y eut strabisme; mais ces différens états de de l'œil étaient-ils constans pendant toute la durée de la maladie, ou bien variaient-ils aux différentes époques? Quelles furent leurs relations avec les autres symptômes? C'est ce qui ne peut être établi. Les recherches sont à recommencer.

La face chez presque toutes les malades offrit une alternative de pâleur et de rougeur dans les premiers jours, l'enfant pâlissait ou rougissait à vue d'œil; ordinairement vers le soir la rougeur l'emportait, et les pommettes restaient rutilantes; c'était un des signes du paroxysme vespéral, mais dans les derniers jours l'enfant restait pâle, même dans les paroxysmes du soir. Quelques malades nous semblèrent atteintes de surdité, ne prêtant aucune attention à la sonnerie d'une montre à répétition.

Lorsque l'état de la langue a été noté, nous voyons que la langue est toujours notée humide et blanchâtre aux différentes périodes de la maladie. La séméiotique de la langue chez les enfans n'est pas très-variée ; cet organe n'offre pas comme chez l'adulte des changemens sensibles auxquels on puisse essayer de donner quelque importance.

Quoique les enfans plongés dans l'assoupissement ne manifestassent aucun désir ni aucun besoin, quelques-unes nous ont semblé avoir conservé le sentiment de la soif, à cause de l'avidité avec laquelle elles avalaient les boissons qu'on leur présentait. Deux autres parurent avoir conservé le sentiment de la faim, ou tout au moins la faculté du goût, car elles suçaient avec plaisir des petits morceaux de sucre placés dans leur bouche ; M. Guersent m'a dit avoir vu des enfans, la veille de leur mort, plongés dans le coma le plus profond, manger encore les alimens qu'on leur présentait.

L'abdomen est noté sensible sous la pression dans deux cas. Mais on peut voir, surtout dans l'observation 7, que cette sensibilité était un signe trompeur, par rapport à l'état des organes contenus dans cette cavité.

Le dévoiement n'existait au début que deux fois (obs. 1 et 9), encore cessa-t-il aussitôt que les symptômes de l'affection cérébrale commencèrent à se manifester. Dans tous les autres cas les selles furent rares ; et la constipation fut à peine interrompue un jour ou deux par les lavemens purgatifs, le calomel et l'oxyde blanc d'antimoine (obs. 4), porté jusqu'à la dose de 36 grains.

Un enfant a rendu des ascarides lombricoïdes.

Quoi qu'il en soit, cet examen des fonctions digestives ne me paraît pas avoir été fait avec assez de soins, surtout au début de la maladie, pour être opposé à l'opinion des partisans de la doctrine physiologique, qui regardent la méningite comme succédant toujours à une irritation gastro-intestinale.

Il est noté, chez cinq malades, *toux*, sans plus de

détails, l'auscultation et la percusssion ayant souvent été négligées. La considération des symptômes cérébraux absorbait toute l'attention; chez une malade (obs. 4), la coqueluche existait avant l'affection cérébrale, les quintes cessèrent dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie nouvelle. Une autre malade offrit une pneumonie reconnue pendant la vie, et cette complication (obs. 3), parut modifier la marche de la maladie.

Dans cinq cas, la respiration fut trouvée suspirieuse, c'est-à-dire, que le thorax se soulevait dans les inspirations qui étaient longues et bruyantes.

La chaleur, chaque fois qu'elle est notée, est dite peu considérable; cependant je me souviens que vers le soir elle se développait davantage, et c'était un des signes qui caractérisaient le paroxysme vespéral.

Dans les dix cas, le pouls alla toujours en s'accélérant du début vers la fin de la maladie. Au début il se maintenait entre 88 à 96; dans un seul cas il s'éleva jusqu'à 132. Jamais je n'ai trouvé d'irrégularité consistant, soit dans la suspension de quelques battemens, soit dans une accélération plus rapide succédant tout-à-coup à une lenteur remarquable.

Lésions anatomiques. — Nous arrivons d'abord, par le relevé des lésions anatomiques, à ce résultat général, que, dans tous les cas, les lésions existaient principalement à la base du cerveau, entre la commissure des nerfs optiques, sur la protubérance et dans les scissures de Sylvius.

Ces lésions consistaient en un épanchement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Cet épanchement était séro-purulent dans quatre cas, et purement séreux dans quatre autres. La matière épanchée était accumulée principalement autour des gros vaisseaux artériels et veineux.

L'arachnoïde, *à la surface convexe du cerveau*, est notée pâle quatre fois, et quatre fois injectée et sèche, mais toujours sans traces d'épanchement dans cette partie. Les

circonvolntions cérébrales paraissaient pressées les unes contre les autres, surtout lorsque les ventricules étaient dilatés.

La substance corticale s'enlevait avec l'arachnoïde, en la détachant, à la base du cerveau, mais dans les autres points elle était ferme. Généralement elle était peu injectée.

La substance blanche n'est notée ferme que dans deux cas; elle nous a paru molle généralement, et peu injectée (1).

Dans tous les cas (deux exceptés, 5.e et 7.e observations), les parties centrales, c'est-à-dire, la voûte à trois piliers, le corps calleux et le *septum lucidum*, sont notées molles, se déchirant très-facilement pendant la traction du cerveau, ou lorsqu'on le posait sur une table abandonné à son poids.

Dans deux cas, les ventricules latéraux étaient peu dilatés. Dans les six autres, leur dilatation nous a paru augmentée. Pour apprécier la capacité des ventricules, je me bornais à mesurer le diamètre antéro-postérieur, sans tenir compte de la courbure en S que forment ces ventricules en se contournant sous les couches optiques. Ce diamètre varie dans l'état normal suivant les âges. De deux ans à quinze ans il est, terme moyen, de deux pouces et demi à trois pouces. Par suite de la dilatation des ventricules, je l'ai vu s'alonger jusqu'à quatre pouces une ligne. (obs. 7.) Cette dilatation s'opère surtout aux dépens de l'extrémité nommée cavité digitale. J'ai vu dans ce point la substance cérébrale tellement amincie, que le ventricule était prêt à n'avoir pour paroi que le feuillet externe de l'arachnoïde.

La quantité de sérosité n'a pas été exactement mesurée; elle était très-abondante surtout lorsque les ventricules étaient dilatés.

---

(1) Cette intégrité de la substance cérébrale est contraire à l'opinion de M. Charpentier, qui décrit cette affection sous le titre de *méningo-encéphalite*.

Dans trois cas (obs. 1, 3 et 8), indépendamment des altérations décrites, l'arachnoïde offrait des granulations, et dans deux cas nous trouvâmes des tubercules dans la substance cérébrale (obs. 8 et 9.)

Les poumons nous ont offert une fois des traces d'hépatisation (obs. 2); deux fois des granulations (obs. 1 et 7); tubercules, deux fois (obs. 6 et 9.) Les glandes bronchiques ont offert deux fois des tubercules.

Les autres organes n'ont pas été examinés avec assez de scrupule, pour que leurs altérations entrent en ligne de compte.

Nous devons rappeler cependant la parotide développée chez le n.° 5, et les tubercules trouvés dans la capsule synoviale du n.° 8.

Marche de la maladie. — Après avoir analysé chaque groupe de symptômes, si nous jetons un coup-d'œil sur l'ensemble de la maladie, nous trouvons que ces observations peuvent être séparées sous deux nuances diverses; sous l'une seraient rangées les observations 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, et sous l'autre les obs. 6 et 7; car le phénomène qui domine dans les premières est l'assoupissement, et dans les autres c'est la céphalalgie. Chez celles qui ont offert l'assoupissement, la durée moyenne de la maladie, dans les cinq cas suivis de mort, fut de dix jours, excepté pour le n.° 9 dont la marche fut si lente au début. De celles qui ont accusé de la céphalalgie, l'une n'est morte que le 20.e jour et l'autre le 7.e L'âge des malades est la seule circonstance qui puisse être invoquée comme cause de cette différence.

La convalescence de la petite malade qui guérit, fut très-longue. Dans la confrontation des symptômes qu'elle a présentés avec ceux qu'ont offerts les malades qui sont morts, nous n'en trouvons aucun qui puisse être réputé de bon ou de mauvais augure.

Notons encore qu'en considérant la marche de la mala-

die, nous ne voyons dans tous les cas aucun de ces momens de repit ni aucune de ces fausses apparences d'amélioration signalées dans les livres, comme capables de surprendre le médecin et de lui inspirer de fausses espérances. Dans les huit cas dont l'issue a été funeste, la maladie a toujours marché régulièrement et sans retard vers la mort.

Rapport des lésions avec les symptômes. — De même que les symptômes, nous voyons que les lésions ont été assez uniformes.

Mais de même que dans les lésions, nous ne trouvons rien qui différencie les deux nuances caractérisées par la céphalalgie et l'assoupissement.

De même dans les symptômes nous ne trouvons point des variétés notables qui puissent distinguer les cas où les épanchemens étaient purement séreux d'avec ceux où ils étaient séro-purulens.

L'âge est encore la seule circonstance saisissable. Dans le jeune âge les inflammations se termineraient-elles plutôt par épanchement de sérosité que par suppuration ?

Si nous rapprochons maintenant le ramollissement des parties centrales avec la mauvaise humeur et l'irritabilité de sujets aux moindres attouchemens, nous arrivons à des résultats tout-à-fait contraires à ceux qu'a publiés M. Senn (1), dans son petit *Traité de la méningite*, c'est-à-dire, que dans beaucoup de cas nous trouvons les parties centrales complètement ramollies, sans que les enfans aient donné aucune marque d'irritabilité; et, au contraire, dans un cas où cette irritabilité était éteinte, les parties centrales furent trouvées très-fermes après la mort.

Diagnostic. — Dans les cas où l'appareil symptomatique propre à cette affection est au grand complet, le diagnostic n'est pas difficile, et c'est pourquoi nous n'avons pas hésité

---

(1) M. Senn a annoncé que cette extrême irritabilité des enfans correspondait toujours à un ramollissement de la voûte à trois piliers et du *septum lucidum*.

à considérer comme une affection cérébrale le cas de la petite malade qui fut guérie.

L'observation 14 est citée comme exemple de la seule maladie qui offrit avec celle-ci quelques ressemblances capables d'induire en erreur.

Et les cas 11, 12 et 13 sont donnés comme de purs enseignemens de M. Guersent.

Pronostic. — Un seul cas de guérison contre neuf morts.

Traitement. — Au début, il est facile même de voir que le traitement antiphlogistique fut employé sans timidité dans tous les cas. Celui qui fut suivi de guérison est le seul dans lequel on n'eut recours qu'à une seule application de sangsues. Dans les autres, les émissions sanguines furent répétées trois et quatre fois sans succès.

En même temps que M. Guersent tirait du sang, dès les premiers jours il avait recours aux légers révulsifs sur les extrémités inférieures, et aux lavemens laxatifs.

Dès le second jour, ou lorsque les symptômes étaient très-marqués à l'entrée des enfans, les vésicatoires et le calomel à la dose de huit à dix grains par jour étaient ordonnés.

Dans quatre cas (obs. 7 et 9), l'usage du calomel fut suivi de petites ulcérations à la face interne des joues, avec fétidité de l'haleine, mais dans aucun cas nous n'avons observé une salivation véritable à la suite de l'emploi de ce médicament.

Deux fois l'oxyde blanc d'antimoine fut employé.

Lorsque ces moyens ne réussirent point, et ce furent les cas les plus fréquens, c'est alors que M. Guersent risqua les moyens les plus énergiques, les moxas sur le cuir-chevelu, les larges vésicatoires au même point ou bien entre les épaules, les sétons, les frictions mercurielles à la dose de trois ou quatre gros, les affusions d'eau froide ou bien le quinquina, car M. Guersent tient pour précepte que la thérapeutique ne doit jamais s'avouer impuissante, et qu'il faut lutter contre la maladie jusqu'au dernier souffle du malade.

Observations de mort subite causée par une lésion spontanée des poumons; par le docteur Ollivier *(d'Angers.)*

Les observations nombreuses de morts subite et imprévue, rapportées par beaucoup d'auteurs, sont pour la plupart autant d'exemples, soit d'hémorrhagie cérébrale, soit de rupture de l'aorte ou du cœur, soit de la déchirure spontanée d'un anévrysme de ces organes. A part ces altérations, qui sont celles qu'on trouve le plus communément alors sur le cadavre, à peine rencontre-t-on quelques cas de mort subite due à une lésion des poumons bien caractérisée. Lancisi (*De subit. mort.* l. i. c. 18, N.° 3), et après lui Morgagni, (*De sed. et caus. morb.* epist. 2, §. 4) parlent bien de morts survenues tout-à-coup par suffocation, dans des accès de toux convulsive. Mais de quelle nature était ici l'altération des organes respiratoires? Dans d'autres cas plus rares, et dont j'ai fait mention ailleurs (*Dict. de méd.*, tom. ii, nouv. édit., art. air atmosph. *des effets de son introd. dans les vaisseaux*), on a vu la mort frapper inopinément des individus chez lesquels on a trouvé le cœur et les gros vaisseaux remplis par un fluide aériforme développé spontanément dans la cavité de ces organes. Ce phénomène singulier s'est déjà représenté un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse penser qu'il y a probablement plus d'une observation de ce genre parmi celles que l'on cite comme exemples de mort survenue subitement, sans aucune lésion d'organes.

Quant à cette dernière opinion, je suis bien convaincu qu'elle repose sur quelques faits observés avec soin, et le mémoire de M. le docteur Louis a fourni récemment plusieurs preuves nouvelles à l'appui. (*Mémoires ou recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies*, Paris, 1826, in-8°.) Mais on conçoit aussi qu'avant de connaître

la possibilité d'un phénomène semblable à celui dont je viens de parler, on ne pouvait en soupçonner l'influence; on peut, je crois, rapprocher de cette cause insolite, mais réelle, de mort subite, celle dont l'observation suivante va fournir un exemple. Je ne doute pas qu'en étudiant tous les organes avec une attention scrupuleuse, on ne voie diminuer peu-à-peu le nombre de ces morts inopinées qui sont restées inexplicables après l'ouverture des cadavres. C'est particulièrement pour le médecin-légiste que l'appréciation exacte de toutes les causes de mort subite, devient de la plus haute importance, car de cette appréciation dépend souvent la solution de questions médico-légales très-épineuses.

Obs. I.re — *Mort subite produite par un emphysème spontané des poumons.* — Gamichon, cordonnier, de petite taille, très-fortement musclé, avait été affecté de bonne-heure de douleurs rhumatismales générales; il en attribuait l'origine à l'habitation humide dans laquelle il avait été élevé. A part les accès de cette maladie qui s'étaient répétés assez fréquemment, sa santé était habituellement bonne, quoiqu'il se plaignit de temps en temps d'éprouver de la gêne en respirant; en effet, il avait, comme on dit, l'haleine courte, il était promptement essoufflé. Avec cette disposition qui existait chez lui depuis longtemps, Gamichon était d'un naturel violent, irascible; la moindre contrariété le jettait dans une agitation extrême qu'il ne pouvait modérer. Le 17 août 1832, au soir, il se prend de querelle pour affaires d'intérêt avec son beau-frère, et au-milieu de l'altercation celui-ci lui applique un soufflet. Gamichon, beaucoup plus fort que son adversaire, s'élance pour le terrasser, mais il est aussitôt retenu par plusieurs personnes qui s'efforcent de le calmer, en lui faisant remarquer que son beau-frère est évidemment ivre. Contraint de maîtriser sa colère, Gamichon cherche à dissimuler l'émotion violente qu'il vient d'éprouver, et prenant la main de son enfant qui était à ses côtés, il se rend à sa demeure, distante de

cent-cinquante pas environ du lieu où cette scène venait de se passer. A peine est-il arrivé à sa porte qu'il tombe la face contre terre, et meurt. Aux cris de sa fille, deux voisins accourent, et relèvent le cadavre; la face était d'une pâleur extrême, et recouverte d'une sueur abondante. Les circonstances qui avaient précédé cette mort inopinée, pouvant faire penser qu'elle résultait du coup qui avait été porté à Gamichon, je fus chargé par M. le procureur du roi de procéder à l'ouverture du corps, le lendemain 18 août, à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — Rigidité cadavérique très-prononcée, nulles traces de violences extérieures à la tête et sur le reste du corps. Lividités cadavériques à la partie postérieure du tronc et des membres. Les organes contenus dans l'abdomen sont parfaitement sains et ne présentent rien de particulier sous le rapport de leur couleur et de l'injection de leurs vaisseaux. On trouve dans l'estomac une petite quantité de vin rouge (moins d'un verre) que Gamichon avait bu un instant avant de se quereller avec son beau-frère.

Les poumons, libres d'adhérences, sont emphysémateux sur plusieurs points de leur surface; ils ne s'affaissèrent aucunement, lors de l'ouverture de la poitrine; leur tissu, dont la densité est notablement augmentée, est dans un tel état d'expansion, qu'ils soulèvent les muscles de chaque espace intercostal, comme si le thorax eut été trop étroit pour les contenir. Pressés légèrement entre les doigts, chacun d'eux fait entendre une crépitation très-forte, et différente de celle que produit un liquide écumeux dans les ramifications bronchiques; ils contiennent peu de sang, et il ne s'en écoule pas par les incisions faites en tous sens dans leur épaisseur. La trachée-artère et les principales divisions des bronches ne renferment pas de mucosités écumeuses. Les cavités du cœur contiennent du sang en partie liquide et en partie coagulé; les parois des deux ventricules ont un peu plus d'épaisseur que dans l'état normal. Nulle lésion de

l'aorte et des gros troncs vasculaires, veineux et artériels.

Le cerveau et ses membranes n'offrent pas d'injection vasculaire notable. La substance cérébrale a une consistance ferme ; les ventricules latéraux ne contiennent pas de sérosité. Il n'existe nulle part la moindre apparence de putréfaction.

Je n'hésitai pas à attribuer la mort subite de cet individu à l'emphysême spontané des deux poumons ; la tension élastique qu'ils présentaient, la crépitation accompagnée de ce cliquetis particulier que produit l'infiltration de l'air dans les tissus où il pénètre accidentellement, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence de cette lésion remarquable, due à quelque déchirure d'une ou plusieurs ramifications, ou de quelques vésicules bronchiques. Tout rend probable que cette rupture a eu lieu sous l'influence des efforts violens d'inspiration qui s'étaient succédés rapidement pendant l'accès de colère auquel Gamichon s'était livré, de même que pendant cet état en quelque sorte convulsif de l'appareil respiratoire, qu'on comprend plus aisément qu'on ne le décrit, et qui existe toujours quand on cherche à comprimer une émotion forte et pénible. Du reste, un semblable résultat se conçoit aisément chez un individu violent, emporté, d'une constitution robuste, et chez lequel les organes respiratoires étaient le siége d'un trouble fonctionnel permanent.

Je ne connais aucun autre exemple d'un fait de ce genre, et je suis très-disposé à croire que telle a été la cause de plus d'une mort subite, spécialement dans les cas où l'individu a succombé au milieu de circonstances analogues à celles qui viennent d'être rapportées, et où l'on dit que les recherches nécroscopiques n'ont fait découvrir aucune altération organique qui pût expliquer un pareil événement. Quand on réfléchit aux effets matériels de cette lésion du poumon, qui ne produit autre chose, comme l'a dit avec raison Laennec (*De l'auscultation médiate.* T. 1, p. 210, 1.re édit.), qu'une *exagération* de l'état naturel de ces or-

ganes, on conçoit aisément que des médecins très-versés dans l'étude de l'anatomie pathologique aient pu souvent la méconnaître.

L'auteur que je viens de citer, et aux observations duquel on doit les premières notions positives sur l'emphysème du poumon, doute que, dans aucun cas, l'air échappé des cellules aëriennes rompues, puisse s'infiltrer ailleurs que dans le tissu cellulaire qui sépare la plèvre du poumon, ou tout au plus dans celui qui environne les gros troncs bronchiques et les vaisseaux à leur entrée dans cet organe, les cloisons celluleuses qui unissent les autres parties du poumon étant d'une texture trop dense pour que l'air puisse y pénétrer (*Loc. cit.* tom. 1, p. 230.). Quoique Laennec ait émis cette opinion d'après ses propres observations, elle est, en quelque sorte, contredite par les faits que lui-même a cités auparavant, quand il dit que, lorsque l'emphysème occupe la totalité du poumon, cet organe semble gêné dans la capacité de la poitrine, et qu'au moment où l'on ouvre cette cavité, il s'en échappe, pour ainsi dire, et vient faire une légère saillie à l'extérieur (*Loc. cit.* p. 215.). Comment, en effet, comprendre que la totalité de l'organe pulmonaire soit dans une expansion aussi grande et aussi uniforme, s'il n'y a que quelques vésicules dilatées çà et là dans la profondeur de son tissu, ou à sa surface extérieure ? Certes, si l'air n'était infiltré alors que sous la plèvre pulmonaire, et autour des canaux vasculaires et bronchiques de la racine des poumons, cette distension, ce gonflement, n'existeraient pas ainsi dans tous les points du tissu de l'organe. Au reste, Laennec convient qu'il n'a jamais eu occasion de faire l'ouverture d'aucun sujet mort d'une rupture accidentelle du tissu pulmonaire, et déterminée par quelques efforts de l'appareil respiratoire. L'observation que je viens de rapporter démontrerait donc la possibilité de l'emphysème du tissu cellulaire interlobaire du poumon, si déjà elle n'avait été

reconnue par plusieurs auteurs, et implicitement par Laennec lui-même, ainsi que je crois l'avoir montré.

*Obs. II.*ᵉ — *Mort subite causée par une apoplexie pulmonaire.* — Le nommé Broonoël, âgé de 56 ans, matelassier, d'une constitution très-robuste, jouissant d'une santé parfaite, et menant une vie sobre et régulière, avait été forcé de quitter son domicile parce qu'il ne pouvait en payer le loyer. Le 11 février 1833, il rencontre, dans la rue, son propriétaire; à sa vue, Broonoël habituellement calme, entre en fureur, et se dirigeant sur lui comme pour le frapper, il fait quelques pas avec précipitation, pâlit, chancelle, et tombe mort entre les bras de celui qu'il menaçait à l'instant même. M. le procureur du roi m'ayant chargé de faire l'ouverture du cadavre, afin de déterminer la cause qui avait fait succomber si rapidement cet individu, je procédai à cette opération le lendemain 12 février, à 9 heures du matin, avec M. le docteur Brugières.

Autopsie. — Rigidité cadavérique très-prononcée; cadavre fortement musclé; pâleur de la face; il ne s'est écoulé aucun liquide, sanguinolent ou autre, des cavités du nez et de la bouche; aucunes traces de violences extérieures à la surface du corps; lividités cadavériques peu foncées à sa partie postérieure. Cet homme était affecté d'une hernie inguinale gauche pour laquelle il portait un bandage qui s'était rompu récemment, sans doute au moment où il était tombé mort. Le sac herniaire était vide. Les vaisseaux des tégumens du crâne ne sont pas notablement injectés de sang, de même que ceux des méninges. Le cerveau a une consistance normale, les vaisseaux qui se distribuent dans sa substance ne laissent pas écouler de sang par les sections multipliées qu'on pratique en tous sens dans les lobes cérébraux, le cervelet et la moelle alongée. Il n'existe aucune trace d'épanchement sanguin dans ces diverses parties. Les ventricules ne contiennent qu'une très-petite quantité de sérosité limpide. Il s'écoule du sang noir, très-liquide de la cavité rachidienne.

Thorax. — Le péricarde renferme une cuillerée à café de sérosité rouge. Le cœur est très-volumineux ; les parois du ventricule gauche ont beaucoup d'épaisseur. Sa cavité ne contient pas de sang. Le ventricule droit en contient une quantité notable qui est très-liquide. On en trouve également dans les veines caves supérieure et inférieure. Nulle part, il n'existe de traces de caillots fibrineux. L'aorte et ses branches sont libres, et contiennent un peu de sang liquide. Le poumon gauche adhère presqu'entièrement par des brides celluleuses anciennes à la plèvre costale. Le poumon droit est libre à sa surface. L'un et l'autre, de couleur violacée, sont moins spongieux vers leur bord antérieur que dans l'état naturel ; par la percussion, leur tissu rend un son mat, et dans tout le reste de leur étendue, ils offrent une consistance et une dureté remarquables : il sont beaucoup plus pesans que dans l'état normal. La surface de chacune des incisions pratiquées dans leur épaisseur, est granulée, d'un rouge noir très-foncé. Le tissu pulmonaire est tellement imprégné de sang, qu'on peut en exprimer à peine un liquide spumeux. Toutes les branches des veines et des artères pulmonaires sont indiquées par autant de caillots noirs, plus ou moins saillans, variant de grosseur suivant le diamètre du vaisseau qui les contient. En raclant, avec le scapel, la surface des incisions, on en enlevait un peu de sang noir et concret. La paroi intérieure des ramifications bronchiques est d'un rouge foncé. Cet état du tissu pulmonaire existait dans les quatre cinquièmes de la totalité du poumon gauche et dans les deux tiers du poumon droit. Près de leur bord postérieur, où l'on trouvait encore un reste de chaleur, le sang contenu dans quelques-uns des vaisseaux de gros calibre, était encore liquide, et s'échappa en jet au moment de l'incision. A la surface du poumon droit, on remarquait plusieurs vésicules pleines d'air, larges, transparentes, ayant chacune le volume d'une grosse cerise, qui soulevaient la plèvre pulmonaire, ainsi

qu'on en observe dans l'emphysème partiel du poumon. La trachée et les bronches ne contenaient pas de sang, ni de mucosités sanguinolentes.

Abdomen. — Tous les organes de cette cavité étaient sains; il n'existait aucun étranglement ou rétrécissement dans la portion de l'intestin qui était habituellement contenue dans le sac herniaire : ce sac était vide.

Je n'ai pas su si cet individu éprouvait quelque gêne dans la respiration : toujours est-il qu'il ne s'en était jamais plaint, et que son fils m'a dit qu'habituellement son père se portait très-bien. C'est, d'ailleurs, ce qu'on pouvait inférer de l'intégrité parfaite de tous ses organes, de son embonpoint, et du développement notable de tout le système musculaire. Cependant je ferai remarquer que l'emphysème partiel observé dans le poumon droit, s'il n'a pas eu lieu seulement à l'instant où le sang a fait irruption dans ces organes, peut faire supposer que Broonoël avait eu quelque maladie de poitrine, ou qu'il était sujet à un peu d'oppression, de difficulté à respirer, etc. Quant à la cause déterminante de l'apoplexie pulmonaire, je ne pourrais que répéter les réflexions que j'ai déjà faites en parlant de l'emphysème développé dans les poumons du sujet de la première observation; en effet, elles sont entièrement applicables ici. C'est sans aucun doute, à la rapidité de la mort qu'il faut attribuer l'absence d'hémorrhagie par le nez ou par la bouche, car un afflux de sang aussi considérable dans le tissu des poumons, n'eût pas tardé à être suivi d'une expectoration sanguinolente, si la vie eût persisté quelques instans.

Ce fait me semble offrir sous plusieurs rapports de l'analogie avec celui qui est rapporté dans les *Archives génér. de Méd.* Tom. XXII. p. 111, sous le titre de *mort subite en walsant.* Les détails de l'autopsie me portent à penser que, chez le sujet de cette observation, qui était robuste et plein de santé, la mort a été aussi le résultat d'une apo-

plexie pulmonaire, dont on conçoit aisément la production spontanée sous l'influence des efforts et de l'accélération des mouvemens respiratoires, dans le genre de danse auquel ce jeune homme se livrait quand il a succombé inopinément.

En rapprochant ces deux exemples de mort subite, on est frappé de l'analogie qui existe entre les principales circonstances qu'ils ont offertes. Ainsi, les deux individus qui ont succombé tout-à-coup étaient d'une constitution robuste; chez l'un et l'autre, le système musculaire était très-développé; ils étaient bien portans au moment où la mort les a frappés; chez tous deux, elle est survenue au milieu d'un violent accès de colère; chez tous deux, la cause de la mort avait son siége dans les poumons; quelque différence de nature qui existe entre les lésions de ces organes, si rapidement mortelles dans les deux cas, il est toujours évident qu'elles se sont développées, chez les deux individus, sous l'influence d'efforts violens, et en quelque sorte convulsifs, de l'appareil respiratoire : enfin, la pâleur de la face au moment de la mort, de même que la rigidité cadavérique très-prononcée lors de l'autopsie, sont encore deux rapports communs qui doivent être signalés.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur les hernies de l'épiploon; par J. MACFARLANE, *M. D., membre de la Faculté de Méd. et de Chir. de Glascow, etc., etc.* (1).

L'épiploon peut se trouver compromis dans presque toutes les espèces de hernies; mais ses adhérences et sa position sont telles qu'il a beaucoup moins de tendance à sortir par

(1) *Méd. Chir. Trans.*, vol. XVI, p. 2.

les ouvertures inférieures de l'abdomen; ainsi, on le rencontre moins souvent dans les hernies inguinales et crurales que dans celles de l'ombilic, et surtout dans celles qui suivent une plaie des tégumens du ventre. Arnaud, se fondant sur ce qu'il descend plus bas du côté gauche que du côté droit, a avancé que sur vingt épiplocèles, on en trouvait dix-neuf à gauche. M. Boyer est loin de partager cette opinion, puisqu'il affirme qu'elles ne sont pas plus fréquentes d'un côté que de l'autre; cependant il résulte des observations du docteur Macfarlane, que les trois quarts environ de ces hernies sont à gauche? Dans un petit nombre de cas, il a vu l'épiploon former une hernie des deux côtés à la fois, ou bien former d'un seul côté une double hernie, l'une sortant par l'anneau inguinal, l'autre par l'arcade crurale. Malgré la différence qui existe suivant l'âge dans la disposition et l'étendue de l'épiploon, sa hernie, dans l'enfance, n'est point impossible; trois cas de hernie congéniale se sont présentés au docteur Macfarlane; dans l'un, la tumeur semblait formée entièrement par l'épiploon; dans les deux autres, il y entrait pour beaucoup; dans le premier cas la hernie était inguinale.

A l'occasion des symptômes différentiels des hernies épiploïques et intestinales, on a dit que, l'épiploon étant moins sensible et moins important par ses fonctions, les premières étaient accompagnées de moins de douleurs et de moins de danger que les secondes, qu'il s'y soit développé de l'inflammation, ou qu'il soit survenu un étranglement. Cependant l'observation attentive des faits ne semble pas confirmer cette croyance généralement reçue. Cette remarque est importante, puisque de là découle le traitement plus ou moins prompt et actif qu'on croira devoir adopter. Quelques auteurs, et notamment Pott qui s'est occupé d'une manière spéciale des hernies de l'épiploon, citent des faits nombreux où les symptômes tant généraux que locaux étaient de la plus grande gravité.

La hernie épiploïque atteint rarement le volume de l'intestinale; dans cette dernière, l'augmentation de volume est due à la sortie successive de nouvelles portions d'intestin qui s'accumulent ainsi dans le sac; la même chose ne peut avoir lieu pour l'épiploon; aussi l'accroissement de l'épiplocèle est-il dû ordinairement au développement morbide de l'organe déplacé. A ce premier caractère, l'auteur ajoute ceux qui sont propres à cette espèce de hernies.

Quand la tumeur est petite, récente, située dans l'anneau inguinal, on peut la prendre pour une tuméfaction partielle du cordon spermatique; au contraire, une vieille épiplocèle irréductible présente souvent une surface douce, polie, tendue, et peut être prise pour une entérocèle. Cette méprise peut avoir lieu surtout quand le sac est distendu par un fluide; dans ce dernier cas, on peut, à travers le liquide, reconnaître la forme irrégulière de l'épiploon.

Dans la réduction d'une épiplocèle par le taxis, il ne faut pas moins de précautions que pour l'entérocèle; on doit éviter la violence avec autant de soins. Si l'épiploon est moins sensible que l'intestin, si ses fonctions sont moins importantes, il est d'une texture plus lâche et plus faible qui l'expose à être facilement déchiré ou contus. Dans un cas où cet organe avait été contus et rempli d'ecchymoses par un taxis imprudent, après la réduction, la portion contuse devint gangreneuse et entraîna la mort.

Plusieurs causes peuvent s'opposer à la réduction d'une épiplocèle.

1.° L'adhérence de l'épiploon à la surface interne du corps ou de l'entrée du sac herniaire. Cette disposition, qui n'est pas très-rare, n'est cependant pas aussi commune qu'on le dit. Le plus souvent les adhérences sont larges et solides, et forment un obstacle insurmontable. Quelquefois les adhérences existent sous forme de brides qui peuvent entourer une anse intestinale et produire son étranglement. Dans d'autres cas, ainsi que l'ont vu Baudelocque, Arnaud,

Callisen, une portion d'intestin passe à travers une déchirure de l'épiploon adhérent.

2.° La réduction peut-être empêchée par le développement de l'épiploon, dû à l'engorgement de ses vaisseaux. Quand l'ouverture qui a donné passage à la hernie, est assez étroite pour entretenir une compression modérée sur l'épiploon, sans aller jusqu'à l'étranglement, il arrive à la longue, que celui-ci se gonfle par l'accumulation du sang dans son tissu lâche et celluleux; cela vient de ce que les artères apportent librement le sang, tandis que la circulation veineuse est gênée par la compression indiquée. Cette disposition peut exister pendant long-temps; mais, par la suite, la portion d'épiploon ainsi engagée, éprouve une altération dans sa texture, ou bien le sac herniaire se remplit de sang à la suite d'une violence exterieure.

3.° Il arrive quelquefois que la portion d'épiploon qui est située dans l'ouverture herniaire est comprimée de manière à former un cordon dur au toucher, tandis que le reste conserve son volume et son expansibilité. Cette disposition est considérée par Pott comme la cause qui s'oppose le plus fréquemment à la réduction.

4°. La portion épiploïque contenue dans le sac herniaire, peut dégénérer en une masse dure, irrégulière, hors de proportion avec l'ouverture qui lui a livré passage. L'induration de cette masse peut aller jusqu'à l'état squirrheux.

5.° Le développement de l'épiploon peut être dû encore à l'accumulation de la graisse dans son tissu sans aucune altération morbide. Cet état peut exister indépendamment de l'obésité ou de la maigreur générale; mais souvent il semble en dépendre entièrement. A. Cooper donna des soins à un homme affecté d'une hernie irréductible qui rentra d'elle-même à la suite d'un hydrothorax qui avait causé un amaigrissement extrême. L'observation suivante appartient au docteur Macfarlane :

W. N., âgé de 58 ans, portait une hernie inguinale irré-

ductible du côté gauche ; il fut pris tout-à-coup de tous les symptômes qui annoncent un étranglement ; le taxis fut tenté inutilement. Les émissions sanguines et autres moyens employés dissipèrent les accidens ; la tumeur resta dans le même état. Quinze mois après, le docteur Macfarlane fut consulté pour un développement considérable de la même tumeur. Elle était devenue plus grosse que le poing, était irrégulière et pâteuse au toucher, pyriforme, et gênait beaucoup le consultant par son poids, son volume et les tiraillemens qu'elle faisait éprouver à l'estomac, quand il se tenait debout. Cet homme était devenu extrêmement gras ; on attribua à cette circonstance le développement de la tumeur et le malade fut mis à la diète. Dans le mois suivant, il fut tenu au lit pendant six semaines par une fièvre qui le réduisit à un grand état de maigreur. Lorsqu'il entra en convalescence, la tumeur était devenue si petite, qu'on la fit rentrer dans l'abdomen presque sans efforts ; un bandage prévint le retour de la hernie.

Les hernies volumineuses, soit de l'épiploon, soit de l'intestin, donnent lieu souvent à de vives coliques et à des douleurs dans la tumeur elle-même, après un repas copieux. Dans l'épiplocèle les douleurs commencent immédiatement après l'ingestion des alimens, tandis que dans l'entérocèle elles se manifestent plus long-temps après, et semblent se faire sentir quand les matières traversent la portion d'intestin qui fait hernie. Outre cela, l'épiplocèle entraîne souvent des tiraillemens douloureux de l'estomac, et des vomissemens qui sont dus à la nécessité où est l'estomac de suivre les mouvemens imprimés par les viscères et les muscles abdominaux à l'épiploon fixé par les adhérences anormales; et comme l'estomac et les intestins sont plus distendus après le repas, ces souffrances sont plus grandes dans ce moment. Si l'on en croit Pott, Boyer, Cooper, l'estomac et le colon s'habituent à cet état contre-nature; mais le docteur Macfarlane a vu très-rarement ses

espérances se réaliser à ce sujet. Quand l'abdomen est médiocrement distendu, l'épiplocèle peut ne causer aucune douleur; mais quand l'estomac est plein, quand il y a constipation, quand les intestins sont remplis de gaz et dans les contractions énergiques des muscles abdominaux, il est impossible qu'il n'y ait pas de douleur. La facilité avec laquelle les viscères de l'abdomen se meuvent et changent de rapports, nous explique ces retours fréquens de la souffrance. Une femme d'environ 38 ans devint grosse, tandis qu'elle portait une épiplocèle irréductible volumineuse. Les douleurs que lui faisait éprouver cette hernie s'accrurent à mesure que la matrice se développait, et devinrent, vers la fin de la grossesse, insupportables. Après la délivrance, elles furent réduites à peu de chose.

Dans une ancienne épiplocèle irréductible, l'épiploon peut s'altérer et entraîner une maladie du testicule, avec ou sans épanchement dans la tunique vaginale; l'observation suivante réunit les deux lésions.

J. A.*** âgé de 53 ans, portait depuis neuf ans, au côté droit, une petite hernie irréductible. Pendant tout ce temps, il éprouva, outre les douleurs répétées du ventre et de la tumeur, une sensation pénible dans le testicule. Dans le courant de la neuvième année, cette sensation augmenta graduellement et s'étendit au dos. Le testicule se tuméfia et devint douloureux à la pression. La tuméfaction continuant toujours, le scrotum devint gros comme les deux poingts; la tumeur pyriforme, tendue, élastique, avait la transparence de l'hydrocèle. Le canal inguinal était distendu par une substance ferme, le pédicule de la hernie épiploïque. Le scrotum fut percé avec un troisquart, et quand le liquide fut évacué, on trouva que le testicule avait atteint le double de son volume naturel, et était extrêmement sensible. L'épididyme et le cordon spermatique étaient épaissis. Le traitement de cette hydrocèle par l'injection fut rejeté par le docteur Macfarlane qui prescrivit des moyens propres à faire

cesser l'état fâcheux du testicule et du cordon. Au bout de trois mois, l'hydrocèle étant revenue, l'opération par injection fut pratiquée par un autre chirurgien; mais la douleur fut si insupportable qu'il fallut promptement évacuer le liquide. La douleur devenue moins vive s'étendit le lendemain à l'abdomen. La constipation, les vomissemens, les frissons, la distension gazeuse du ventre, et tous les autres symptômes, furent combattus presque sans succès par les antiphlogistiques, et la vie du malade parut en danger. La tumeur était tendue et douloureuse; et quoiqu'il n'y eut pas précisément étranglement, il était évident que la compression de l'anneau inguinal sur le collet de la tumeur était dangereuse. Il était à craindre que les progrès de l'inflammation ne développassent ce pédicule au-delà de l'élasticité de l'anneau qui le contenait. On procéda au débridement. Le sac renfermait une demi-once de sérosité de couleur foncée; l'épiploon était d'un rouge brun, en forme de poire, d'une texture serrée, entouré de graisse, et ne pouvait plus se développer comme dans son état naturel. Il adhérait étroitement à la surface postérieure du sac, et était fortement comprimé par l'anneau inguinal externe. L'épiploon seul entrait dans la tumeur herniaire; son pédicule fut coupé, les adhérences détruites; et lorsque l'écoulement de sang eut été arrêté par le contact de l'eau froide, la réduction fut faite avec le doigt. La plaie s'est guérie après une longue suppuration; un bandage a été appliqué aussitôt que le malade a pu le supporter; et depuis, sa santé est bonne.

Dans l'observation qui précède, l'urgence de l'opération pourra être mise en doute par plusieurs chirurgiens. Le professeur Key prétend que lorsqu'une épiplocèle offre des symptômes graves d'étranglement, dus plutôt à l'inflammation qu'à un étranglement proprement dit, l'opération est alors inutile et souvent dangereuse. Cependant, quand la maladie est ancienne et irréductible, l'accroissement de

volume que la tumeur acquiert par l'inflammation ou l'engorgement, peut rendre le débridement nécessaire. Dans ce cas, les symptômes marchent moins rapidement que dans l'étranglement véritable; mais les choses peuvent aller aussi loin.

Plusieurs auteurs tels que Hey, Scarpa, Boyer, Richerand, conseillent de ne pas détruire les adhérences de l'épiploon avec le col du sac herniaire, surtout quand la maladie est ancienne, mais d'exciser la portion sortie et de laisser le reste dans la plaie. Quelques-uns de ces auteurs paraissent craindre une hémorrhagie dans l'abdomen; d'autres pensent que par ce moyen l'ouverture herniaire sera bouchée; et Cooper, dans son ouvrage sur la hernie, professe cette dernière opinion. En laissant l'épiploon fixé au col du sac, on produira une occlusion momentanée de l'ouverture, et on préviendra la sortie immédiate de l'intestin ou d'une nouvelle portion de l'épiploon; mais que les muscles de l'abdomen se contractent fortement, l'épiploon ainsi disposé devient un plan incliné sur lequel glissent les intestins qui sont portés plutôt contre l'ancienne ouverture que dans tout autre point, et une nouvelle hernie est à craindre. Cette adhérence de l'épiploon a d'ailleurs les plus fâcheux effets sur l'estomac que l'on a vu souvent attiré vers la partie inférieure de l'abdomen; la destruction de la santé est presque toujours la suite de cette pratique. Guérin cite un homme opéré à *la Charité*, qui était réduit à manger dans son lit, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen; De la Faye ouvrit une femme chez qui l'estomac attiré perpendiculairement en bas, avait pris la forme d'un gros intestin. Depuis l'opération, sa santé avait toujours été mauvaise. Vésale rapporte, dans son ouvrage sur l'anatomie, un déplacement considérable de l'estomac par suite d'une épiplocèle irréductible du poids de quatre à cinq livres. Le docteur Robert Lowis rencontra un cas analogue en 1722. Le malade avait 73 ans et portait depuis sa jeunesse une

épiplocèle qui avait donné lieu à une longue série de symptômes graves. A la dissection, on trouva la plus grande partie de l'épiploon, dans le scrotum du côté gauche, attachée au testicule; l'estomac n'avait plus sa position normale; le pylore était attiré en bas jusqu'à l'ombilic, et l'œsophage s'unissait à l'estomac sous un angle aigu.

Le docteur Macfarlane ne partage pas l'opinion des chirurgiens qui prétendent que l'adhérence de l'épiploon avec le sac herniaire n'entraîne pas de fâcheux accidens, et que l'estomac et le colon, dont les fonctions sont troublées d'abord, s'y accoutument peu-à-peu. Il a vu, au contraire, les symptômes loin de s'amender, devenir à la longue de plus en plus graves, et pour lui la nécessité de faire rentrer l'épiploon sain dans l'abdomen, afin qu'il reprenne ses rapports normaux avec l'estomac et le colon, toutes les fois que cela est possible, est bien démontrée.

Dans l'observation suivante, les adhérences de l'épiploon ont été détruites, et celui-ci introduit dans l'abdomen avec un plein succès, malgré les circonstances fâcheuses qui accompagnaient l'opération.

Un laboureur, âgé de 57 ans, d'une faible constitution, portait depuis douze ans une hernie scrotale du côté droit. Elle se forma au moment d'un violent effort. Pendant les trois premières années, elle se reformait de temps en temps, et se réduisait avec facilité. Depuis ce temps elle augmenta de volume, devint irréductible, et resta stationnaire pendant les six dernières années. La tumeur était grosse comme le poing, pyriforme, pâteuse et irrégulière. Le malade était sujet, après ses repas, à des tiraillemens d'estomac, à des vomissemens et à de la constipation. Il ne pouvait se soulager qu'en se couchant sur le côté gauche et en fléchissant les cuisses sur le ventre; quelquefois la douleur ne cédait qu'après une abondante évacuation alvine. Un suspensoire qu'il porta pendant deux mois appor-

ta quelque soulagement ; mais au bout de ce temps, ayant fait un effort pour soulever un fardeau, il éprouva une grande douleur dans la hernie et dans le ventre, le collet de la tumeur se gonfla, et il fut pris de vomissemens. Les symptômes devinrent pressans ; le pouls était petit et fréquent, le visage altéré ; il y avait soif, hoquet, constipation. La saignée, les bains, les purgatifs, les lavemens de tabac, furent employés sans succès. Au bout de trente heures, le malade ayant refusé de se soumettre à l'opération, on appliqua de la glace sur la tumeur. Il éprouva un mieux notable au bout d'une demi-heure ; bientôt la tension et la douleur devinrent moins fortes, et les vomissemens cessèrent. Pendant douze heures la glace fut appliquée sans interruption. Quand le chirurgien fut de retour, il y avait eu plusieurs selles abondantes ; toute douleur avait cessé. Les tégumens qui recouvraient la tumeur étaient froids, durs, grisâtres, et la peau environnante était jaune et violacée. A la glace on fit imprudemment succéder l'eau chaude ; la gangrène se développa, et l'escharre qui se sépara le neuvième jour laissa à nu le sac herniaire, le testicule et le cordon. La suppuration s'établit abondamment ; la tumeur était de la grosseur d'un citron, renfermée dans son sac, libre, excepté à son pédicule, de la grosseur du doigt, qui était adhérent à l'anneau. Après s'être assuré que l'intestin n'entrait point dans la tumeur, le docteur Macfarlane divisa le pédicule avec le bistouri. La douleur fut peu vive ; quelques gouttes de sang sortirent. Les parties étaient si largement à découvert, qu'on pouvait facilement examiner l'état de l'anneau. Les adhérences étaient assez serrées, mais la suppuration avait commencé à les affaiblir ; elles furent détruites avec une sonde, et l'épiploon fut poussé dans l'abdomen avec le doigt. Sa texture avait perdu de sa consistance, et il était à craindre qu'une lésion n'eût été le résultat de l'application du doigt. Cependant au bout de plusieurs semaines la plaie fut complètement

cicatrisée, la santé s'améliora. Un bandage put être supporté, et l'opération eut un plein succès.

De toutes les applications ayant pour but la réduction d'une hernie épiploïque, celles de la glace ou de la neige, ou des liquides susceptibles d'une rapide évaporation, réussissent le mieux. Si l'épiploon est engorgé ou enflammé, le froid resserre les vaisseaux et diminue le volume de la tumeur; le scrotum et les tégumens environnans se contractent sur celle-ci, et favorisent les efforts du chirurgien. A. Cooper réduisit, en appliquant la glace pendant quatre jours consécutifs, une hernie inguinale de l'épiploon qui avait quinze jours d'existence. Le même succès a été obtenu par d'autres praticiens. Ce moyen est suivi quelquefois de la gangrène; mais cette gangrène se borne constamment aux tégumens. Si le sujet est jeune et robuste, cet accident n'est point à craindre; si au contraire le malade est vieux et affaibli, la vitalité des parties peut être éteinte par une application de quelques heures; il faut, dans ce dernier cas, surveiller l'action de la glace avec une grande attention.

La vieille pratique, qui consistait à lier l'épiploon avant de l'introduire dans le ventre et après l'excision de la portion sortie, est maintenant abandonnée; on se borne à lier isolément les parties qui pourraient donner du sang. Sharp et Pott négligeaient cette précaution; Hey cite deux cas où une hémorrhagie faillit emporter le malade; le docteur Macfarlane a été obligé de recourir une fois à la ligature. Il y a ici une distinction à faire : une hémorrhagie est peu à craindre, si la partie excisée est peu volumineuse et non altérée dans sa structure; elle est imminente au contraire si son volume est augmenté, si les vaisseaux se sont développés par suite du développement de l'organe.

Quelquefois une collection de pus se forme dans le sac herniaire, et il peut se présenter deux cas; dans le premier, la collection est circonscrite et renfermée dans le sac;

dans le deuxième, le pus se répand dans l'abdomen ; cette circonstance est ordinairement suivie de la mort. L'observation suivante offre un exemple remarquable des deux cas successivement chez le même malade.

Le docteur Macfarlane fut appelé, le 13 juin 1828, auprès de J. J., âgé de 56 ans. Il était retenu au lit depuis trois semaines, par une tumeur volumineuse, pyriforme, douloureuse, située dans l'aine gauche. Elle s'étendait depuis un demi-pouce de l'anneau inguinal, où elle avait la grosseur du poignet, jusqu'au fond du scrotum. Son col était irrégulier, pâteux, sensible à la pression; quand le malade toussait, on y sentait une impulsion manifeste; sa partie postérieure présentait les mêmes caractères, tandis qu'en avant elle était tendue et rénittente; la peau était épaissie, mais non enflammée; la pression sur l'abdomen à un ou deux pouces au-dessus de l'anneau, causait de la douleur; pouls à 100 par minute, langue chargée, nausées sans vomissemens. Pendant plusieurs années, J. J. avait eu une hernie facilement réductible, dans l'aine gauche. Depuis deux ans, une petite portion de la hernie n'avait pu rentrer, et tout-à-coup une portion considérable était descendue et avait causé des accidens. Un chirurgien, n'ayant pu opérer la réduction, avait prescrit des purgatifs, des sangsues et des fomentations. Le docteur Macfarlane diagnostiqua une épiplocèle avec épanchement dans le sac herniaire. Il pensa qu'aucune portion d'intestin ne pouvait y être comprise, car la tension et la dureté de la tumeur étaient telles, que les substances alimentaires n'auraient pas pu y avoir une circulation libre. La tumeur était enflammée, mais comme l'inflammation s'étendait peu ou point vers l'abdomen, il ne regarda pas l'opération comme nécessaire, et il se borna au traitement antiphlogistique. Le 15, les symptômes devinrent plus graves. La douleur, exaspérée par la pression, la toux et les profondes inspirations, s'étendait dans le dos et vers l'ombilic. Vomis-

semens fréquens, hoquet, langue sèche et sale, pouls à 116. La tumeur était plus grosse, et la fluctuation y était plus manifeste que le 13. Une incision de deux pouces fut faite sur le col de la tumeur; après avoir divisé la peau, le fascia et les fibres du crémaster, le docteur Macfarlane trouva une membrane épaisse, dense, qui fut coupée en cinq ou six feuillets successifs avant qu'on pénétrât dans le sac. Au lieu de sérosité qu'on s'attendait à trouver dans ce dernier, il en sortit huit onces d'un pus épais. La face postérieure du sac était couverte dans toute son étendue par une masse dure, irrégulière, qui se prolongeait dans l'abdomen; c'était l'épiploon dégénéré. Plusieurs brides s'étendaient d'un côté à l'autre de la tumeur au-devant de l'épiploon. Une d'elles fermait exactement l'anneau, et semblait s'être opposée à ce que le pus passât dans l'abdomen, quand on avait pratiqué le taxis. Toutes ces adhérences furent facilement détruites avec le doigt qui pénétra dans l'abdomen par le canal inguinal; ainsi les symptômes avaient été causés par l'inflammation et non par l'étranglement. Le patient se trouva si faible et les adhérences si larges, qu'on ne chercha pas à enlever la portion d'épiploon sortie. La suppuration devint excessive; au bout de trois semaines, la portion d'épiploon qui remplissait le fond du sac s'étant isolée fut enlevée, mais on ne put séparer le reste. Vers la fin de juillet, J. J. put marcher. Si l'opération n'avait pas été faite, n'avait-on pas à craindre que le pus venant à se frayer un passage dans l'abdomen, n'entraînât la mort? En effet, sa sortie au dehors était empêchée par l'épaississement considérable des tégumens. On peut aussi, du fait précédent, tirer cette conclusion, qu'une forte portion d'épiploon peut rester impunément à découvert dans une plaie qui suppure.

Deux ans après, le 2 décembre 1830, J. J.*** entra à l'hôpital royal de Glascow. Il portait dans l'aîne droite une tumeur ferme, pâteuse, sans rénittence, grosse comme le

poignet, alongée et s'étendant jusqu'au fond du scrotum. La peau qui la recouvrait était d'un rouge sombre; la toux et la position verticale n'en augmentèrent pas la grosseur. Le ventre était légèrement douloureux vers la racine de la tumeur. Point de vomissemens; pouls à 86, plein, langue nette, santé générale altérée. Cette tumeur avait été observée pour la première fois deux ans auparavant; la réduction en était facile, mais aucun bandage n'avait été appliqué. Depuis quatre semaines seulement elle était irréductible. Le malade portait habituellement un bandage du côté gauche; l'anneau inguinal de ce côté était dilaté, mais on n'y pouvait reconnaître aucun reste de la tumeur épiploïque qui y avait existé. Le 5 décembre, après des vomissemens de matière stercorale et d'autres symptômes qui firent adopter l'opération, on ouvrit le sac herniaire d'où il sortit deux onces de pus. La tumeur était entièrement formée par l'épiploon qui était engorgé, livide, induré et comme charnu dans quelques points; ses adhérences avec les parois du sac étaient si intimes qu'il était impossible de les détruire; plusieurs brides celluleuses se croisaient en haut et comprimaient le col de la tumeur; quand on les coupa, un liquide séro-purulent s'échappa de l'abdomen. On ne jugea pas à propos d'élargir l'anneau, à cause des adhérences intimes de l'épiploon avec lui. La plaie fut fermée et pansée. Jusqu'au soir, le malade fut mieux; mais le lendemain matin il mourut. — L'abdomen renfermait environ douze onces de liquide séro-purulent; le péritoine n'offrait que de très-légères traces d'inflammation. L'épiploon était rassemblé en une masse irrégulière, épaisse, noirâtre et presqu'entièrement contenue dans le sac herniaire du côté droit. Plusieurs points de sa surface étaient ulcérés et en suppuration; la portion contenue dans le sac était en partie gangréneuse. Le colon, qui adhérait intimément à cette masse, était fixé en travers et presqu'en contact avec l'anneau inguinal. Le sac herniaire du côté gauche avait une grande capacité, ses

parois étaient épaissies; l'anneau inguinal était très-dilaté, mais aucune partie de l'épiploon n'y adhérait plus.

Cet homme avait présenté deux maladies parfaitement semblables sous beaucoup de rapports; elles avaient différé cependant sous celui de la rapidité avec laquelle elles avaient marché, et par l'étendue du foyer purulent qui, dans le premier cas, était circonscrit dans le sac herniaire; alors aussi le malade était dans des circonstances bien plus favorables pour l'opération. Il est à remarquer que les adhérences de l'épiploon avec l'anneau inguinal gauche avaient été détruites sans doute par la suppuration et par les tractions opérées par la seconde hernie.

L'épiplocèle peut être confondue avec plusieurs maladies: Quand l'intestin formant une hernie contient des matières, la tumeur présente quelques-uns des caractères de l'épiplocèle; l'histoire de la maladie peut, dans ce cas, éclairer le diagnostic. L'hydrocèle du cordon spermatique, la varicocèle, etc., ont quelque ressemblance avec une épiplocèle inguinale. Réciproquement, on a pris cette dernière pour une hydrocèle. Lamorier, de Montpellier, faisant une incision pour la cure radicale d'une hydrocèle, trouva une hernie de l'épiploon dans laquelle s'étaient développées des hydatides. La portion altérée fut excisée et le malade guérit. Des tumeurs adipeuses sont quelquefois attachées à la gaîne du cordon spermatique immédiatement en-dehors de l'anneau inguinal; mais plus souvent, elles sont formées dans l'abdomen, au sein du tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parties environnantes, et s'échappent par l'anneau; alors elles présentent tous les caractères des hernies inguinales de l'épiploon. Quand elles sont petites, on les réduit facilement et on en prévient la chute avec un bandage; mais quand elles sont volumineuses ou endurcies, elles restent irréductibles, et trompent toute la sagacité du chirurgien. Pelletan en rapporte, dans *la Clinique chirurgicale*, plusieurs cas curieux.

Dans presque tous les cas où la tumeur adipeuse naît dans l'abdomen, le péritoine est poussé en avant de manière à former un sac analogue au sac herniaire.

Cependant, dans le seul fait de ce genre qui s'est offert au docteur Macfarlane, la tumeur s'était formée dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine, près du bord externe de l'anneau inguinal interne, était descendue le long du cordon, et formait au-dehors une tumeur pyriforme volumineuse, qui n'avait point d'enveloppe péritonéale. Cette tumeur irréductible fut prise pour une épiplocèle. Après la mort, qui fut causée par une pneumonite, on trouva le péritoine attiré dans le canal inguinal en forme de cul-de-sac qui recevait les intestins. La tumeur disséquée ressemblait tellement à une masse épiploïque parvenue à la dégénérescence adipo-fibreuse, qu'on ne reconnut la nature de la maladie qu'à la situation de la tumeur en-dehors du péritoine, et à la disposition de l'épiploon qui n'avait aucune connexion avec cette tumeur et occupait la partie supérieure de l'abdomen.

Mémoire sur la laryngite purulente; par J. P. Miller (1).

Les études médicales se sont portées, dans ces derniers temps, plus activement qu'autrefois, sur les maladies des voies aériennes; aussi en connaissons-nous mieux la nature et le traitement. Nous savons que le gosier, le larynx et la trachée sont souvent le siège d'affections aiguës ou chroniques, qui peuvent être limitées à ces parties, mais qui plus ordinairement s'étendent à d'autres parties de l'appareil respiratoire et même l'envahissent tout entier. L'expérience nous a appris que les lésions de la portion supérieure du larynx, soit qu'elles aient pris naissance en cet endroit, soit que leur point de départ ait été le pharynx, et en particu-

(1) *London Medical Gazette*, jan. 12, 1833.

lier celles qui se présentent à l'état aigu, sont de toutes les plus graves par leurs symptômes et la rapidité de leur marche, et que si elles sont négligées, elles tendent ordinairement vers une terminaison funeste. De là, l'importance d'attacher un sens précis aux symptômes qui dénotent l'existence de ces maladies, leur début et leurs progrès, et d'intervenir par un traitement prompt et énergique.

La nature et la marche de l'inflammation dans ces organes sont loin d'être toujours les mêmes : elle peut s'y établir, suivre ses diverses périodes, atteindre son plus haut degré d'intensité, et céder de la manière la plus favorable. Une infiltration séreuse peut se former dans le tissu sous-muqueux et devenir dangereuse par sa rapidité et son étendue. Une lymphe coagulable peut être déposée à la surface de la membrane muqueuse, à laquelle elle adhérera uniformément ou partiellement, et, comme dans le cas précédent, s'opposer à la respiration mécaniquement. Quand l'état chronique domine, le gonflement de la glotte peut être le résultat de l'épanchement dans le tissu cellulaire sous-muqueux d'une matière plus solide, en partie séreuse, en partie lymphatique; cette affection, plus lente dans sa formation, est également redoutable; si, trompé par sa marche insidieuse, on ne s'oppose à ses progrès, elle est aussi sûrement funeste que l'œdème aigu. Enfin, l'épaississement graduel de la membrane elle-même peut résulter de l'infiltration lymphatique de sa propre texture; cette maladie, grave par elle-même, est surtout à craindre parce qu'elle peut produire l'ulcération de la membrane et s'accompagner par la suite de lésions pulmonaires.

Le docteur Miller a observé plusieurs cas d'une maladie du larynx différente des affections précédentes, sous le rapport des symptômes et des altérations anatomiques, et dont il n'a pu trouver nulle part la description : c'est l'inflammation sur-aiguë de la glotte et des parties environnantes, se terminant par *la suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux.*

Tantôt cette maladie débute dans les organes indiqués, tantôt elle semble être l'extension d'un état inflammatoire du pharynx. Elle est soudaine dans son développement et rapide dans ses progrès à un degré qui la rend extrêmement dangereuse. Elle est ou n'est pas précédée d'un mal de gorge ordinaire pendant quelques jours; tout-à-coup une grande douleur est sentie dans la gorge, et profondément dans la partie supérieure du cou; cette douleur augmente, la respiration devient précipitée et embarrassée, le pouls s'élève et toute l'économie est sous le poids de la diathèse inflammatoire. La voix est altérée, les efforts pour parler ou pour avaler sont pénibles et augmentent la douleur. La respiration devient de plus en plus embarrassée, les traits expriment une profonde anxiété, le malade n'a plus de repos et s'alarme; il y a des paroxysmes pendant lesquels la dyspnée est encore plus forte, et dans un de ces paroxysmes il meurt suffoqué; ou bien les symptômes, après avoir été extrêmement graves pendant quelque temps, commencent à s'amender et se dissipent enfin, mais beaucoup plus lentement qu'ils ne sont survenus. L'amélioration est accompagnée d'une abondante expectoration de mucosités visqueuses.

La maladie dont la description précède a de l'analogie avec l'œdème aigu de la glotte plutôt qu'avec toute autre, mais elle en diffère par la rapidité de sa marche et par la nature de la dyspnée. Dans l'œdème, la respiration est lente, l'inspiration est extrêmement difficile et l'expiration se fait comparativement avec facilité; ici, l'acte entier de la respiration est tumultueux et embarrassé; le malade est dans un état de souffrance semblable à celui où il serait, si une corde était serrée autour de son cou, avec l'intention de l'étrangler lentement.

On trouvera dans les observations suivantes de plus amples détails sur les symptômes et les lésions cadavériques qui caractérisent cette maladie.

Obs. Ire. — Mme Reid, âgée de 50 ans, dans un état de

pléthore, se plaignait, le 25 novembre 1832, d'un enrouement et d'un mal de gorge qui existaient depuis deux jours, et qu'elle attribuait à ce qu'elle avait eu froid. Elle avait beaucoup de peine à respirer et à avaler. L'arrière-bouche était très-enflammée. Le 26, elle était mieux, mais la respiration et la déglutition étaient encore difficiles. Le 28, la respiration devient extrêmement pénible; le pouls est à 130; violens accès de dyspnée; anxiété, lividité du visage; la trachéotomie fut pratiquée. Dans la nuit du 29, une grande quantité de mucosité est sortie de la trachée; la respiration est courte; elle meurt le 30.

Autopsie. — La trachée artère a été ouverte par derrière. La langue était beaucoup plus volumineuse qu'à l'ordinaire, mais sans aucune infiltration apparente de son tissu. A sa racine, sur la face dorsale, immédiatement au-dessous de la membrane qui la tapisse, on trouva plusieurs petits faisceaux de vaisseaux engorgés et dilatés qui se ramifiaient d'arrière en avant. La membrane muqueuse du pharynx et surtout du larynx était d'une couleur rouge très-brillante, et ramollie. La partie inférieure du larynx et toute la trachée offraient une très-grande vascularité. La membrane muqueuse était pourpre foncé, ramollie, se déchirait facilement. Immédiatement derrière l'épiglotte, entre cet organe et la racine de la langue, il y avait une cavité capable d'admettre une amande, communiquant avec le pharynx par une petite ouverture déchirée, comme floconneuse à sa surface intérieure, et formée en apparence par l'élévation de la membrane muqueuse et la destruction du tissu cellulaire sous-jacent. En bas du bord droit de l'épiglotte existait une cavité semblable, mais plus petite et arrondie; une troisième plus grande, plus irrégulière et superficielle fut trouvée à la partie correspondante du côté gauche. Tout près de cette dernière, et presque en connexion avec elle, était une autre excavation d'une profondeur considérable, située entre la partie inférieure de

l'épiglotte et la projection de la corne gauche de l'os hyoïde. Depuis ce dernier point en bas, le long du bord supérieur externe de la glotte, régnait une concrétion lymphatique, qui adhérait fortement à la membrane. De l'autre côté se trouvait une fausse membrane pareille, moins étendue. Dans la glotte, à des points correspondans de ses bords, étaient deux ulcérations très-larges mais très-superficielles. Les ventricules étaient fermés, et en apparence effacés par la turgescence vasculaire. Au-dessous de la fausse membrane du côté gauche, entre la corne de l'os hyoïde et le cartilage cricoïde, on trouva une tumeur grosse comme une forte amande, molle et arrondie. En soulevant la membrane muqueuse qui recouvrait cette tumeur, on mit à nu une masse blanchâtre charnue, et en y introduisant doucement un stylet, une matière purulente en sortit et la tumeur s'affaissa. Elle avait été produite par l'infiltration du pus dans le tissu cellulaire fin et lâche, et en déchirant celui-ci, on produisit l'écoulement de ce pus, quoiqu'au premier aspect on l'aurait prise pour une tumeur formée par une substance solide. Les amygdales semblèrent saines. Une grande quantité de sérosité s'était répandue dans le tissu cellulaire inter-musculaire, à la partie antérieure du larynx, et les muscles présentaient une coloration blanche; les bronches en étaient remplies.

Obs. II.e — Agnès Ruthven, âgée de 43 ans, fut prise d'une légère fièvre après s'être exposée à l'humidité. Trois jours après, 1.er septembre 1832, elle éprouva un chatouillement dans la gorge, et la sensation d'un corps qui y serait logé et qu'elle s'efforcerait instinctivement d'en faire sortir. Les tonsilles étaient très-enflammées; le pouls fort et plein. Le 2, le gonflement et l'inflammation des tonsilles ont augmenté; la déglutition est difficile; la respiration est considérablement gênée. Le 3, aucune amélioration; la voix s'altère; de violens accès de dyspnée tourmentent la malade; taches blanches sur les tonsilles. Le 4, la lan-

gue tuméfiée, empêche de voir l'arrière-bouche ; déglutition douloureuse ; respiration extrêmement laborieuse ; anxiété ; mort à 4 heures. Les saignées générales et locales avaient été employées à plusieurs reprises ; les remèdes internes n'avaient point été négligés ; une incision avait été pratiquée sur la langue. — *Autopsie.* — La langue était volumineuse ; il y avait un petit dépôt à sa racine au-devant de l'épiglotte ; un second sur le côté droit de l'ouverture de la glotte, et un troisième sur le côté gauche. Les parties à l'entour étaient très-épaissies ; mais la tuméfaction la plus considérable était à la partie postérieure de l'ouverture de la glotte, précisément au-dessus du sommet des cartilages arythénoïdes. Cette tuméfaction était due à l'infiltration séro-purulente du tissu cellulaire, et il y avait un dépôt au centre de la masse. La trachée contenait un peu de sérosité lymphatique, et la membrane muqueuse était violemment enflammée.

Obs. III.e — Isabelle Hume, domestique, âgée de 19 ans, fut admise à l'hôpital, le 19 octobre, pour une tumeur dure, circonscrite, un peu plus grosse qu'un œuf de poule, située au-dessous de la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien. Un an auparavant, elle avait aperçu en cet endroit une petite grosseur dure et douloureuse qui avait fait des progrès et était parvenue, au bout de six mois, au volume qu'elle occupait alors. Des sangsues et des vésicatoires y avaient été appliqués sans succès quelques mois avant son admission. La tumeur devint plus douloureuse et ne diminua pas. On la traita par l'iode ; elle prenait la teinture à l'intérieur, et on frottait la tumeur avec la pommade d'hydriodate de potasse. Ce traitement fut abandonné au bout de quinze jours, n'ayant exercé aucune influence. Des cataplasmes furent appliqués ; la tumeur se ramollit un peu, et il sembla qu'on percevait une fluctuation obscure à sa partie supérieure. Les choses restèrent dans le même état pendant quelques jours. Le 5 novembre, Isa-

belle fut prise d'une violente amygdalite, après s'être exposée au froid ; l'amygdale droite était considérablement développée; la respiration était un peu gênée et la déglutition fort difficile. Des scarifications de l'amygdale procurèrent du soulagement; on prescrivit des purgatifs; l'inspiration de vapeurs chaudes. Pendant trois ou quatre jours, elle parut aller mieux. Dans la nuit du 9, elle fut prise d'une dyspnée très-intense ; elle se leva, marcha précipitamment au milieu de la salle, revint se jeter sur son lit où elle expira avant qu'on ait pu lui donner aucun secours. Le chirurgien de garde l'avait vue le soir à 11 heures; elle lui avait dit qu'elle se trouvait beaucoup mieux, que la douleur de la gorge avait disparu et que la respiration était beaucoup plus facile. — *Autopsie.* — La tumeur sembla être due au développement d'une glande qui avait suppuré ; elle était située sous le sterno-mastoïdien depuis la parotide jusqu'en avant du cartilage thyroïde. Le tissu cellulaire de la luette était chargé de sérosité, ce qui faisait ressembler celle-ci à un gros raisin à maturité. L'épiglotte était énormément boursouflée par l'infiltration d'un liquide plus épais. Il y avait plusieurs petits dépôts au-dessous de la muqueuse, dans la glotte et autour de ses bords ; toute la membrane elle-même était boursouflée et vasculaire, et cet état morbide s'étendait à la trachée et aux bronches ; ces dernières étaient remplies de mucosités; les poumons parurent sains.

Obs. IV.e — James Skinner, âgé de 46 ans, laboureur, fut soumis à l'opération de la lithotomie, le 17 octobre. Le 29, les urines coulaient naturellement, la plaie était presque guérie, il était très-bien. Le soir, il se plaignit d'un mal de gorge qui fut attribué au froid auquel il s'était exposé prématurément. Il souffrait dans la partie supérieure du cou ; le gosier était enflammé ; la luette tuméfiée et alongée. Les glandes situées sous l'angle de la mâchoire

étaient engorgées. Les sangsues, les fomentations, le régime antiphlogistique furent mis en usage. Le 31, il ne pouvait rien avaler, et était menacé fréquemment de suffocation. Le gosier et la luette étaient plus gonflés, la douleur avait augmenté. Un vésicatoire appliqué sur la gorge procura de l'amélioration. Le 2 novembre, la dyspnée augmenta; il ne pouvait plus rester couché; l'anxiété était extrême. La langue s'enfla et il se forma un abcès. La douleur s'étendait de l'extrémité supérieure de la trachée-artère à l'arrière-bouche : le doigt introduit dans ce dernier endroit reconnaissait un gonflement œdémateux des parties qu'il touchait. Un sinapisme fut étendu d'une oreille à l'autre, et le soir le malade était mieux; il avait en partie recouvré sa voix, mais il ne pouvait rien avaler. On fit passer des liquides nutritifs dans son estomac, à l'aide d'un tube œsophagien. Le 3, il était beaucoup mieux. Depuis ce moment il reprit graduellement, recouvra la faculté d'avaler; la parole et la respiration devinrent plus faciles. Les vésicatoires furent continués. Quelque temps après il se plaignit de douleur dans le côté gauche de la poitrine, qui augmenta et nécessita l'emploi d'un vésicatoire. L'expectoration d'une mucosité visqueuse et tenace, et une toux fréquente qui vint rouvrir la plaie du périnée, avaient coïncidé avec cette douleur et son accroissement.

Pendant un temps considérable, il lui fut impossible d'avaler des alimens solides; sa voix était rauque; sous l'influence du froid, la douleur de la gorge revenait très-facilement, et l'articulation des mots devenait plus difficile. L'expectoration dura aussi très-long-temps, mais elle ne fut jamais de nature purulente. A force de soins, il finit par se rétablir tout-à-fait; sa voix seule demeura altérée.

Il y a tout lieu de supposer que chez cet homme l'affection du larynx était de même nature que chez les précédens; mais comme la mort ne vint pas mettre à même d'explorer les organes malades, une certitude complète n'existe

pas ; par la même raison, l'observation suivante est aussi entourée d'un peu d'obscurité.

Obs. V.ᵉ — Robert Concord, âgé de 9 ans, fut admis à l'hôpital, le 21 novembre, pour une blessure à la tête. Le 2 décembre, une application de sangsues fut suivie d'un érysipèle aux tégumens du crâne. Un traitement actif en favorisa la guérison. Le 8, il se plaignit de mal de gorge et d'une déglutition difficile. Le gosier était enflammé, la langue tuméfiée. On pensa qu'il y avait eu métastase ; l'érysipèle avait presque entièrement disparu ; les lèvres étaient gonflées ; les carotides battaient avec violence. Il ne cessait de crier et ne pouvait rien avaler. La dyspnée dura pendant quelques heures à un haut degré de violence, et semblable à celles qui ont été décrites dans les observations précédentes, puis elle commença à diminuer. Le 10, il était mieux, les lèvres et la langue étaient moins enflées, et la déglutition était plus facile. Le 14, il ne se ressentait plus de son affection de la gorge.

Il résulte des observations qui précèdent, que l'inflammation peut, dans le larynx comme partout ailleurs, se terminer par la suppuration. D'abord, le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré de sérosité, puis d'un liquide séro-purulent ; plus tard, il s'établit une secrétion de matière purulente dans un point et plus généralement dans plusieurs endroits. Le tissu cellulaire se rompt et il se forme un abcès diffus ; ou bien la matière peut se rassembler lentement, détruire complètement une portion du tissu cellulaire, ou se former une cavité circonscrite par le rapprochement des cellules et des lames de ce dernier. Il n'y a pas de doute que les excavations trouvées dans le voisinage de l'épiglotte et le long de l'ouverture de la glotte, dans l'observation 1.ʳᵉ, devaient leur existence à cette cause. Elles avaient contenu un abcès qui s'était ouvert, soit par un travail graduel et spontané, soit par une rupture violente au moment d'un accès de toux ou de dyspnée. Nous avons vu aussi une

exsudation lymphatique tapissant la membrane muqueuse aux environs des abcès, mais ceci est un trait secondaire dans le caractère de la maladie. La tuméfaction produite par la collection du pus et par l'infiltration séreuse des parties, est la cause fatale de l'occlusion de la glotte. La mort est hâtée par l'extension de l'inflammation à la trachée et aux bronches, et dans les cas heureux, la même cause retarde la convalescence.

On doit peu attendre du traitement, s'il n'est commencé dès le début de la maladie; il doit être largement antiphlogistique. Dans cette affection, comme dans les autres des voies aériennes, tout le canal respiratoire finit par être envahi, et cette circonstance complique le traitement qu'elle tend à rendre inefficace. On peut élever ici la question de savoir si la trachéotomie serait à propos. Il semble qu'elle ait moins de chances de succès pour la maladie qui nous occupe que pour celles dont la marche est moins rapide et moins aiguë. Sans doute, elle peut retarder la mort de quelques instans, en prévenant la suffocation due au gonflement de la glotte; mais détruira-t-elle l'inflammation de la trachée et des bronches? Des applications de sangsues et des vésicatoires répétés au cou, avec l'administration de remèdes internes appropriés aux circonstances de la maladie, semblent former le genre de traitement sur lequel on peut fonder le plus d'espoir.

Telle est la maladie à laquelle le docteur Miller a donné le nom de *laryngite purulente.* Il n'a rien négligé, dans ce mémoire, de ce qui pouvait contribuer à peindre et à distinguer l'affection qu'il s'est attaché à faire connaître. Il a glissé beaucoup plus rapidement sur la thérapeutique qui peut lui convenir, et pourtant l'effet produit par l'application d'un vésicatoire et d'un sinapisme à la gorge, dans l'observation quatrième, semble propre à faire regarder les révulsifs cutanés comme éminemment utiles dans cette inflammation. Ne serait-ce pas le cas d'essayer les

frictions avec l'huile de *croton tiglium*, qui ont été dernièrement l'objet des recherches de M. Andral, à la Pitié, et qui, entre ses mains, ont obtenu un succès marqué dans la cure d'une stomatite couenneuse extrêmement rebelle? L'insuffisance des antiphlogistiques exige qu'on leur associe d'autres moyens rapides dans leur action, et de violens irritans de la peau semblent devoir obtenir la préférence.

Quoi qu'il en soit, la tendance de l'inflammation à se terminer par la suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux peut être admise comme caractère distinctif d'une maladie inflammatoire particulière, et le docteur Miller a eu raison d'attirer l'attention des praticiens sur ce sujet; mais toutes les recherches ne doivent pas être consacrées à la pathologie; la thérapeutique doit y entrer pour beaucoup si l'on ne veut pas se borner à une vaine classification purement scientifique. G. R.

Observations sur la vision; par B. F. JOSLIN, *M. D.*, *Professeur de Mathématiques et de Physique au collège de l'Union. New-York* (1).

I. *Accommodation de l'œil aux diverses distances.* — M. Joslin, occupé de certaines expériences physiologiques qu'il promet de publier plus tard, avait produit, à l'aide du stramonium, une dilatation de la pupille d'un de ses yeux. Il s'aperçut alors que la vision de ce côté était un peu moins distincte que dans son état ordinaire. En cherchant à se rendre compte de ce phénomène, il reconnut qu'il n'avait lieu que pour les objets situés à une certaine distance. Tous les objets placés dans l'appartement où il était lui paraissaient un peu obscurs, tandis que ceux qui étaient en dehors, à une distance de plusieurs perches, étaient

---

(1) *The American Journal of the Medical Sciences.* Mai 1831.

aussi distincts pour un œil que pour l'autre. Il plaça en contact avec l'œil et directement devant la pupille dilatée, un disque opaque, percé d'une ouverture circulaire d'un diamètre à-peu-près égal à celui de la pupille de l'autre œil, et il reconnut qu'il n'y avait plus alors de différence appréciable dans la netteté de la vision entre les deux yeux, à quelque distance que ce fût. Cependant il observa qu'il était nécessaire d'employer des ouvertures d'un diamètre différent, suivant la distance des objets, et cela non seulement lorsque le corps était à la distance de la vision distincte pour les petits objets, mais encore à des distances de plusieurs pieds. Moins cette distance était grande, moins aussi l'ouverture du disque le devait être; en sorte que, en employant tour-à-tour des diaphragmes percés d'ouvertures différentes, il parvint à obtenir la même netteté de vision qu'avec l'œil dans son état naturel. Ce résultat cependant n'était exact que pour la vision directe; car dans la vision oblique, les rayons latéraux et trop obliques du cône lumineux, ne peuvent pas être exclus par le moyen des diaphragmes, et aucun autre moyen artificiel ne peut, dans ce cas, remplacer le diaphragme intérieur naturel, c'est-à-dire, l'iris, que le docteur Wollaston a si heureusement imité dans ses lunettes périscopiques. Il est probable aussi que, même dans le cas d'objets très-éloignés, il y avait une plus grande aberration de sphéricité dans l'œil dont la pupille était dilatée, mais qu'elle était sensiblement compensée par la plus grande quantité de lumière arrivant dans l'œil et résultant d'une ouverture plus grande de la pupille.

« Nous sommes donc autorisés, dit l'auteur, à conclure des expériences précédentes que, dans certaines circonstances au moins, il existe un rapport nécessaire entre la grandeur visuelle de l'ouverture pupillaire et l'accommodation de l'œil pour la vision distincte à différentes distances, et qu'en outre l'effet produit par le stramonium ne dépend pas principalement, si même elle en dépend, de

la paralysie d'aucune autre partie agissant pour adapter l'œil à la vision des objets à des distances variables. La question de savoir si un changement quelconque de l'iris amène généralement cette modification de l'œil dans la vision ordinaire, ou même s'il accompagne cette modification, est un point sur lequel les physiologistes ne sont pas d'accord. Les expériences précédentes semblent être en faveur de l'affirmative. »

« Malgré les nombreuses conjectures sur les usages présumés des procès ciliaires, et les hypothèses non moins nombreuses sur les modifications que l'œil devrait subir pour voir distinctement à des distances différentes, on n'a peut-être jamais attribué ces modifications à un changement dans la forme du cristallin, changement opéré par une action simultanée des différentes parties des procès ciliaires. On a supposé une action produisant un déplacement latéral; mais cette action ne pourrait avoir l'effet qu'on lui suppose, et il est beaucoup moins probable qu'elle ait lieu, qu'une contraction ou une dilatation générale, surtout si nous considérons les procès ciliaires comme appartenant au tissu érectile.

« En examinant immédiatement après la mort les yeux d'un cheval qu'on avait abattu en parfaite santé, j'ai trouvé l'adhérence des procès ciliaires à la capsule du cristallin extrêmement forte. Il me sembla qu'il fallait dix fois plus de force pour en détacher l'un d'eux, que pour rompre un volume égal des fibres du cristallin, de la contraction desquelles M. Young supposait que la modification en question dépendait. Cependant dans l'œil humain on regarde en général cette adhérence comme faible. Elle est peut-être assez forte pendant la vie pour produire quelques petits effets, et il n'est pas nécessaire de supposer que l'adaptation de l'œil dépend exclusivement d'un seul tissu, ni que les différentes parties de l'œil qui peuvent tendre à produire cet effet, ont la même influence relative chez les

différens animaux. L'adhérence plus forte du cercle ciliaire chez divers animaux peut indiquer, sinon une fonction différente, au moins une part plus grande dans la fonction résultant de l'action combinée des différentes parties, et par un mécanisme différent. Je suis bien loin de donner ces idées comme une explication exacte du phénomène, mais je les expose seulement pour fixer sur ce point l'attention des physiologistes.

» Quoi qu'il en soit de l'exactitude de cette hypothèse, il me semble qu'on n'a jamais repoussé ni théoriquement, ni expérimentalement, la nécessité d'une adaptation de l'œil à la vision des objets, suivant les distances. Il est vrai que M. Magendie a observé que l'image d'objets placés à différentes distances, et formée au fond de l'œil d'un animal mort, est nette et distincte, et que l'on a regardé le résultat de cette expérience comme inconciliable avec la théorie de l'adaptation de l'œil. Mais à moins que la grandeur angulaire de l'objet ne soit pas très-considérable, l'image formée au fond de l'œil est beaucoup trop considérable pour qu'on puisse, par cette expérience, juger de son irrégularité; car, dans ce cas, l'image qui produit en nous la perception est l'image d'une image, et est avec l'image primitive à-peu-près dans le même rapport que cette dernière avec l'objet. Il me semble donc très-probable que la netteté de la vision de l'objet peut être sensiblement modifiée par un changement de distance, sans que la régularité de l'image peinte au fond de l'œil mort, et considérée comme objet perçu par l'œil vivant, en soit affectée d'une manière appréciable.

» Les argumens théoriques qu'on a avancés contre l'opinion de l'adaptation, ne sont pas plus concluans. Autant que j'en ai pu juger, on n'a pas tenu compte de la nécessité de concentrer sur un point unique de la rétine les rayons qui émanent d'un point unique de l'objet, ni de la constance de leurs angles, qui est nécessaire à la production de cet effet.

On n'écarte pas la difficulté, comme on l'a supposé, en disant que l'œil est une chambre noire; car cet instrument lui-même, lorsqu'il est muni d'une lentille, exige d'être ajusté aux distances, et la raison pour laquelle il peut sembler faire voir distinctement les objets placés à plusieurs milles de distance, me paraît être que, à de grandes distances, une certaine différence d'éloignement produit dans l'obliquité des rayons une différence moindre qu'une égale différence de distance pour les objets rapprochés. En effet, pour ces derniers le défaut serait sensible à l'instant même. Mais, d'un autre côté, si l'on ajuste l'instrument pour des objets rapprochés, il ne serait d'aucun avantage qu'une infinité d'autres rayons vinssent dans toutes les directions d'un objet éloigné, à moins que ceux qui émanent d'un point unique ne fissent avec chacun d'eux et avec la cornée le même angle moyen que ceux qui viennent d'un point unique d'un objet rapproché, ce qui est impossible.

» De plus, l'enlèvement d'une portion des humeurs de l'œil ou de l'iris aggrandit l'image en empêchant la concentration d'aucun cône lumineux sur un point unique de la rétine. Un changement quelconque dans la longueur normale de l'axe produit le même effet. Ainsi, la grande étendue de l'humeur vitrée n'a pas seulement pour usage d'augmenter le champ de la vision, mais est encore indispensable pour placer la rétine à la distance précise à laquelle l'image est la plus parfaite. Ce point est un de ceux dont l'importance n'est pas suffisamment appréciée par les physiologistes qui parlent aussi vaguement des autres humeurs de l'œil, comme servant seulement à augmenter l'intensité de la lumière.

» Enfin, tout changement dans la distance de l'objet, dans le pouvoir réfringent de l'œil, ou dans la longueur de son axe, doit produire un changement dans la netteté de la vision, à moins qu'un changement simultané dans deux ou plusieurs de ces circonstances ne vienne faire compensation.

» Il est vrai que différentes parties que plusieurs physiologistes et physiciens ont considérées comme pouvant opérer cette compensation, ont été enlevées par certains autres ou placées dans des circonstances où leur action était nulle, et cependant la faculté de compensation est demeurée intacte. Ces résultats, en apparence contradictoires, peuvent cependant se concilier par une hypothèse moins simple. Cette hypothèse, d'ailleurs, s'accorderait parfaitement avec la règle admise en philosophie, que l'on ne doit admettre, comme causes des phénomènes naturels que celles qui sont vraies et qui suffisent pour les expliquer. En effet, pour le phénomène qui nous occupe, il est prouvé qu'il n'y a pas qu'une seule cause, mais aucune de celles qui existent n'a été démontrée complètement suffisante isolément.

» D'après les considérations précédentes, on peut comprendre comment la lecture assidue à la lumière, ou toute autre occupation qui exige l'examen d'objets d'un petit volume et très-rapprochés à une lumière faible et conséquemment pendant que la pupille est dans un état de dilatation, a une tendance à produire la myopie. Car, pendant l'obscurité du soir, la dilatation de la pupille, qui résulte nécessairement de la sympathie involontaire existant entre la rétine et l'iris, est tout-à-fait défavorable à la vision distincte d'objets très-rapprochés; cependant, nous faisons un effort pour voir distinctement, effort qui met en jeu, à un degré extraordinaire, la faculté volontaire que nous possédons d'adapter l'œil à la vision distincte, dans tous les cas. Les organes qui sont chargés d'opérer cette modification et ceux sur lesquels ils agissent directement, peuvent ainsi être modifiés d'une manière permanente dans leur action et dans leur conformation, en conséquence d'une action des premiers de ces organes, réitérée beaucoup plus souvent qu'il n'est nécessaire pendant le jour, et lorsqu'ils sont aidés dans leurs fonctions par la coopération de l'iris.»

« *Apparence des larmes sur la cornée.* — De tous les

objets que la vision peut faire apprécier, continue M. Joslin, je crois avoir vu l'un de ceux qui sont placés le plus près possible de l'œil; je veux parler du liquide secrété par la glande lacrymale et rendu visible par la réfraction de la lumière à sa surface ondulée, au moment où il passe à la surface antérieure de la cornée. Ce liquide contient des particules sphériques dont une partie peut-être provient de la sécrétion des glandes de Méibomiüs. Voici les expériences que j'ai faites sur ce point et qu'il sera facile de répéter.

» Si une personne, en fermant presque complètement les yeux, fixe ses regards sur une fenêtre ou sur tout autre corps éclairé et presque immobile, l'espace lumineux paraît rempli d'une multitude de petits points brillans de forme circulaire et environnés d'un anneau noir. Quelques-uns de ces cercles sont plus grands que les autres et paraissent simples, doubles ou multiples. On aperçoit souvent, en outre, une surface ondulée dont chacune des ondes est continue ou bien composée d'une chaîne de globules. Tous ces objets se meuvent lentement, verticalement, de haut en bas. Je me suis assuré que ce mouvement dépend de la pesanteur; car en faisant prendre à la tête diverses directions, la direction générale de ce mouvement est toujours verticale de haut en bas; je dis la direction générale, car dans quelque position que soit placée la tête, on observe par fois des mouvemens instantanés et très-peu étendus qui résultent de légers mouvemens involontaires des paupières et du globe de l'œil et qui impriment à la partie du liquide contiguë au bord du cartilage tarse, un mouvement qui doit naturellement se transmettre à toute la nappe visible et y produire un déplacement simultané. L'observation ne laisse aucun doute sur la nature de ces légers mouvemens. En effet, le moment de leur commencement, leur direction, leur durée et leur étendue, sont toujours en harmonie avec les phénomènes dont nous venons de parler. Cependant d'autres objets s'aperçoivent encore dans les circonstances que nous

avons indiquées; mais il ne faut pas les confondre avec les points lumineux en question. Ce sont des points moins distincts dont les mouvemens sont rapides, irréguliers, et qui ressemblent à des étincelles électriques. Il est aussi nécessaire pour ne voir que les mouvemens du fluide lacrymal sur la cornée, sans aucun mélange, d'éviter tout mouvement volontaire de l'œil, en dirigeant l'axe optique aussi fixement que possible sur quelque point immobile dans l'espace. En prenant ces précautions on parvient toujours à voir passer successivement le liquide du haut en bas de la cornée transparente, et on le suivra facilement jusqu'à ce qu'il soit hors du champ de la vision. Cette tendance constante à suivre la ligne de gravité dans les diverses positions de la tête, prouve que ces objets sont quelque matière gravitante. La continuité du phénomène, lorsque le corps est dans la position verticale, ne permet pas de croire qu'il ait son siège dans les humeurs de l'œil; d'un autre côté, le centre lumineux et l'anneau obscur des points circulaires, le milieu brillant et les côtés parallèles obscurs des points linéaires, et enfin les variétés qu'on observe dans l'aspect et le nombre des anneaux, produisent absolument les mêmes effets que des globules fluides et transparens et des ondes liquides pourraient déterminer à la surface de la cornée, d'après les lois qui régissent la transmission de la lumière à travers des plaques transparentes de différentes épaisseurs. Enfin ces phénomènes sont beaucoup plus apparens lorsque, en raison de la faiblesse de la vue, ou d'une cause quelconque, la sécrétion des larmes est augmentée. »

« *Hémiopsie.* — J'ai éprouvé deux fois une insensibilité partielle de la rétine qui s'est accompagnée de particularités, dont il n'est fait aucune mention dans les observations rapportées par Wollaston. Chacune de ces deux fois les objets et la partie des objets placés au côté gauche de l'axe visuel ont été pendant près d'une demi-heure, ou vus très-indistinctement ou même tout-à-fait invisibles. Par exemple,

le côté gauche d'une page imprimée, d'une ligne et même d'un mot n'était pas perçu tant que les yeux étaient dirigés sur le milieu de l'objet. Il y avait donc une insensibilité de la moitié droite de la rétine des deux yeux. Dans ces deux cas, une ligne brisée ou en zig-zag, faiblement éclairée, se montra devant les yeux, au-dessus et à gauche du point vers lequel l'axe visuel était dirigé, quelle que fût d'ailleurs cette direction, et à quelque moment qu'elle changeât. Cette ligne, autant que je pus le déterminer, me paraissait située dans cette partie du champ visuel qui était le plus complètement obscure. Dans le premier cas cette ligne avait la forme angulaire et paraissait composée de deux lignes en zig-zag se réunissant sous un angle d'environ 60 degrés. Cette figure se mouvait lentement et semblait se diriger en haut et à gauche, et elle disparut à peu près au moment où la vue revint à son état normal. Dans le second cas, la figure ne présentait qu'une ligne formée elle-même de plusieurs autres petites lignes disposées en zig-zag; mais la direction qu'elle semblait affecter dans son mouvement, était presque droite et horisontale. Son extrémité gauche parut s'élever graduellement, et dans cette position oblique elle finit par disparaître entièrement. L'espace entier occupé par ces objets, soutendait un angle visuel d'environ 20.° Leur coexistence avec l'hémiopsie me semble assez importante à noter, car des observations de même nature pourraient jeter quelque jour sur la pathologie de cette affection. On sait que c'est d'après les faits qu'il a observés dans cette maladie, que Wollaston a constaté la semi-décussation des nerfs optiques. »

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

De la vésicule ombilicale; *par M. Mayer.* — Il résulte des observations de cet auteur : 1.° que dans l'état normal la vésicule ombilicale de l'embryon humain reste visible depuis le commencement jusqu'à la fin de l'entier développement de ce dernier. Dans le placenta de deux jumeaux à terme, on peut très-bien reconnaître deux vésicules ; 2.° que le conduit de la vésicule ombilicale ne devient perméable que trois ou quatre semaines après la descente de l'œuf dans l'utérus; 3.° que la vésicule ne renferme aucune substance jaunâtre, pulvérulente; que son conduit, bien que très-intact et perméable, est tellement étroit, qu'il ne peut servir que bien peu à la nutrition de l'embryon, quoique celui-ci ait un volume fort minime dans les quatre premières semaines de son développement. En outre, il faut remarquer que la vésicule ombilicale est grosse chez les carnivores, tandis qu'elle est très-petite, et peut à peine contenir quelques gouttes de liquide chez les herbivores : dans l'espèce humaine, elle a peu de capacité; 4.° que plusieurs observations portent à conclure que la circulation du sang persiste long-temps dans les vaisseaux omphalo-mésentériques, tandis que la perméabilité du conduit de la vésioule ombilicale n'existe que jusqu'au troisième mois de la gestation. Chez un fœtus monstrueux, venu à terme, les vaisseaux omphalo-mésentériques étaient très-distincts dans tout leur trajet (*Allgemeine medicinische Zeitung*, num. 73. 1832.)

Influence du sérum pour changer la couleur du sang; *par M. Turner, D. M., professeur de chimie à l'Université de Londres.* — Une nouvelle théorie de l'*artérialisation* du sang a été dernièrement émise par le docteur Stevens dans son ouvrage sur le sang. D'après cet auteur, la matière colorante du sang est naturellement très-foncée; elle est rendue encore plus foncée par les acides, tandis qu'elle acquiert une teinte rouge vif par l'hydro-chlorate de soude, et généralement par les sels neutres alcalins. La couleur du sang artériel doit être, selon lui, attribuée à l'*hématosine* rougie par les sels contenus dans le sérum et celle du sang veineux à la présence présumée de l'acide carbonique qui, comme les autres acides, donne à l'hématosine une teinte foncée. Il pense, en outre, que la conversion du sang veineux en sang artériel est due à ce que l'influence de la matière saline du sérum est rétablie par la séparation de l'acide carbonique. Cette séparation est attribuée à l'oxygène qui, dit-on, soutire l'acide carbonique par une

force latente d'attraction. En écartant cette force latente d'attraction qui n'est qu'une supposition inutile, pour ne pas dire imphilosophique, la théorie de M. Stevens est fondée sur des faits qui paraissent à M. Turner nouveaux et d'une grande importance. Si l'on prend en effet un caillot solide de sang veineux, que l'on en coupe une tranche mince, et qu'on la plonge pendant une heure ou deux dans une certaine quantité d'eau distillée fréquemment renouvelée, on voit que, à mesure que le sérum est entraîné par l'eau, la couleur du caillot devient de plus en plus foncée; et lorsqu'il ne reste presque plus de sérum, il paraît tout-à-fait noir. Dans cet état, on peut l'exposer à l'atmosphère et à un courant d'air sans qu'il éprouve aucun changement de couleur. Il suit de là que, lorsqu'un caillot de sang veineux imbibé de sérum est rougi par l'action de l'air, la présence du sérum est indispensable à l'accomplissement de ce phénomène. M. Stevens croit que le sérum contribue à ce changement par les sels qu'il contient; car lorsqu'un caillot de sang noir, que l'oxygène ne peut rougir, est plongé dans une solution pure de sel commun, il acquiert très-promptement la teinte rouge du sang artériel, et la perd de nouveau lorsqu'on enlève le sel par des lotions répétées dans de l'eau distillée. On peut donc, par ce moyen, reproduire alternativement la couleur du sang artériel et celle du sang veineux.

Tels sont les faits principaux observés par M. Stevens. Quelques physiologistes paraissent disposés à en discuter la valeur; mais M. Prater, dans un ouvrage récent sur ce sujet, les adopte entièrement, et les expériences de M. Stevens, répétées avec soin par M. Turner, lui ont fourni des résultats tout-à-fait en leur faveur. Assisté de son collègue M. Quain, il recueillit une certaine quantité de sang provenant de l'artère fémorale d'un chien, et dont la teinte était parfaitement artérielle. Le lendemain, un caillot solide s'était formé, et il en enleva plusieurs tranches très-minces avec un canif très-tranchant. Il épuisa tout le sérum, en lavant à plusieurs reprises ces tranches avec de l'eau distillée qu'on avait préalablement fait bouillir à gros bouillons, et qu'on avait laissé refroidir dans des bouteilles parfaitement bouchées. Pour éviter d'entraîner la matière colorante, et pour entraîner cependant le sérum, l'eau fut versée très-doucement sur les tranches. Après cinq ou six lavages, qui durèrent environ une heure, M. Turner plaça les tranches dans une soucoupe à côté du caillot dont elles avaient été détachées, et il les soumit à l'examen de plusieurs médecins de ses amis. Ils s'accordèrent tous à dire que le caillot qui n'avait pas subi de lavages présentait bien tous les caractères du sang artériel, tandis que les portions qui avaient été lavées avaient toutes les propriétés apparentes du sang veineux. En effet la couleur des tranches était tout-à-fait noire. En plongeant une de ces tranches dans le sérum du même sang, elle reprit bientôt la teinte brillante du sang artériel, et il en fut

de même presque instantanément d'une autre tranche qu'on plongea dans une solution de bi-carbonate de soude. Il arrive souvent que, par ce dernier procédé, la teinte rouge reproduite est plus vive que celle du sang artériel; mais on arrive facilement à une couleur parfaitement semblable en employant une dissolution saline convenablement étendue.

« Je crois, dit M. Turner, ne devoir tirer de ces expériences que la conclusion suivante : la couleur rutilante du sang artériel n'est pas due à l'oxygène, mais, comme M. Stevens le pense, à la matière saline du sérum. Le sang artériel employé dans l'expérience que j'ai rapportée, avait été complètement oxygéné, comme on dit, dans le corps de l'animal, et il n'aurait pas dû dans cet état, perdre sa couleur brillante par la simple séparation du sérum. Le changement du sang veineux en sang artériel paraît, contrairement à la doctrine généralement reçue, dépendre de deux conditions essentiellement distinctes : l'une est un changement chimique indispensable à la vie, et qui s'accompagne d'une absorption d'oxygène et d'un dégagement d'acide carbonique; l'autre dépend de la matière saline du sang qui donne une teinte rutilante à la matière colorante après qu'elle a été modifiée par l'action de l'oxygène. Telle me paraît être la conséquence naturelle à déduire des faits que j'ai exposés plus haut; cependant, comme les observations sur lesquelles elle est fondée sont encore peu nombreuses, je pense que de nouvelles recherches sont nécessaires pour la confirmer ou la modifier. » (*Elements of chemistry, by D.r Turner*, nouvelle édition; et *Edinburgh med. and surg. Journal*; janvier 1833.)

Pathologie.

HYDROCÉPHALE AVEC TUBERCULE ET POLYPE DANS LE CERVELET, CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS ; *obs. par le doct. Guillet, méd. à Niort, dép. des Deux-Sèvres.*—Cardinal, Jacques-Philippe, présentant l'aspect d'un enfant fort maigre, et dont les membres sont comme atrophiés, est né à sept mois révolus de gestation. Dès qu'il apparut aux portes de la vie, je remarquai sur les fontanelles une saillie très-prononcée, comme dans les cas de hernie du cerveau. Durant tout le cours de son existence, cet enfant a toujours été chétif, malingre et en proie à une fièvre lente et continue. De trois à quatre mois, épistaxis fréquentes; prédominance progressive de la tête sur toutes les autres parties du corps; dentition tardive; à treize mois seulement les premières dents incisives ont commencé à paraître. Cette période de la vie n'a pu ici se passer sans être entravée par des orages de toutes sortes : diarrhée, tremblemens nerveux de tous les membres, convulsions générales, engorgemens des ganglions cervicaux, etc. Plus tard, vers deux ans, au fur et à mesure que la vie de relation se développait davantage, on remarquait que

l'enfant cherchait toujours un point d'appui pour reposer sa tête, et, quand il en était privé, il la soutenait avec une de ses mains. Pour regarder soit à droite ou à gauche, il ne pouvait faire opérer à sa tête des mouvemens de rotation sur son axe; aussi était-il obligé d'imprimer au tronc des mouvemens de totalité comme font les personnes atteintes de torticolis. A deux ans révolus, la tête était plus grosse que celle d'un adulte; sa région sincipitale était fortement aplatie; elle présentait latéralement, par une sorte de compensation, un énorme renflement qui régnait sur les régions pariétales, temporales, et occipitale principalement.

A trois ans, l'enfant fit une chute dans laquelle la tête reçut tout le choc. Dès lors, cris plaintifs, douleur vive et continue qu'il rapportait à cette partie du corps. Dégoût extrême pour les exercices du corps; loin de se mêler aux jeux des enfans de son âge, taciturne et morose, il restait toujours assis ou couché. Toutefois, si la vie de relation commençait à perdre de son activité, il n'en était pas ainsi de la vie organique, il mangeait et buvait assez bien. Depuis l'époque de la chute, les convulsions se renouvelèrent avec beaucoup plus de fréquence; un jour, pendant une de ces convulsions, il vomit des vers lombricoïdes. Quatre mois après sa chute, cet enfant fut subitement frappé d'une hémiplégie du côté gauche, côté vers lequel s'inclinait ordinairement la tête. Le bras et la jambe de ce même côté étaient sans mouvement; la langue participait à cet état de paralysie. Dans l'émission de la parole, chaque mot était entrecoupé par un moment de silence, comme s'il eût fallu au cerveau un instant de repos pour l'élaboration des idées. Peu de jours après l'apparition de cette hémiplégie, le petit malade est frappé tout-à-coup de cécité; les pupilles étaient rétractées, immobiles, et les yeux un peu ternes.

A trois ans et demi, la paralysie devint complète dans les parties latérales du corps; la main droite fut la dernière partie des membres qui ait été atteinte. De ce nouvel accident il résulta une contracture extrêmement forte des doigts. La vessie était également frappée de paralysie, aussi y avait-il sans cesse incontinence d'urine. Réduit à cet état déplorable, cet enfant restait quelquefois quarante-huit heures sans vouloir prendre d'alimens, ni même de boissons. Au sortir de cette indifférence extrême pour tout ce qui se rattache aux besoins de la vie, il témoignait encore, par quelques mots mal articulés, par quelques signes ou par des cris, le désir de prendre quelques alimens.

Cinq semaines avant la mort, la faculté d'entendre, qui, jusqu'à ce jour, avait encore existé, fut totalement anéantie. Ainsi, plus de mouvemens, plus de vision, plus de paroles, plus de signes, plus d'audition; il ne restait à cet infortuné qu'un léger cri. Eau sucrée pour

toute alimentation. A la suite des nombreuses convulsions qui se renouvelaient chaque jour, immobilité complète, raideur tétanique. Parfois l'enfant conservait la conscience du *moi*, car il pouvait encore former un jugement confus sans doute sur l'attitude dans laquelle on le plaçait. Sa mère le couchait-elle sur son lit, aussitôt il faisait entendre quelques sons plaintifs; venait-elle alors le prendre sur ses bras, de suite les cris cessaient Il rendit le dernier soupir le 12 septembre 1832, au milieu d'une violente convulsion. Il avait atteint sa quatrième année.

Voici l'énumération des moyens thérapeutiques que j'ai employés: pédiluves; sangsues au-dessous des apophyses mastoïdes, sinapismes aux pieds; vésicatoire à la nuque et même sur le cuir chevelu; infusion de tilleul; eau d'orge gommeuse; vermifuges; potions calmantes, éthérées, antispasmodiques; lavemens adoucissans, etc.

Nécropsie. — L'ouverture du cadavre a été faite vingt-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique très-prononcée; membres supérieurs et inférieurs fortement contracturés; doigts de la main gauche tellement infléchis sur la face palmaire, que la peau de cette partie en a été excoriée par les ongles; maigreur générale portée jusqu'au marasme; aussi l'enfant vivait-il depuis long-temps aux dépens en quelque sorte de sa propre substance; yeux ternes et profondément enfoncés dans leur orbite; pupilles rétractées; crystallins opaques; os des pommettes très-saillans; en un mot, face hippocratique.

Volume total de la tête énorme; sa forme était celle d'une sphère aplatie au sinciput, peu développée en avant, très-saillante latéralement, et on ne peut plus prononcée en arrière. Par le toucher, on s'assurait que les fontanelles, produites par le défaut de rapprochement des os du crâne, étaient étendues d'un pouce et demi dans leur diamètre transversal.

A l'ouverture de la boîte osseuse du crâne, j'ai trouvé la dure-mère transformée en un tissu fibro-cartilagineux dont la résistance devait s'opposer à la formation d'une hernie du cerveau. Lorsque le scalpel eut pénétré cette membrane, il s'est écoulé deux onces environ de liquide séreux et limpide. Les vaisseaux qui se dessinaient sur les hémisphères cérébraux, ainsi que ceux qui allaient se ramifier dans la substance cérébrale, étaient gorgés de sang. En exerçant avec le doigt une légère pression sur les deux lobes du cerveau, on sentait la fluctuation d'un liquide épanché dans les ventricules latéraux. Après avoir ouvert ces deux cavités, j'ai fait les remarques suivantes : la substance cérébrale avait sa consistance naturelle; les ventricules, dont les parois étaient d'un blanc mat, se trouvaient énormément agrandis aux dépens des couches supérieures des lobes du cerveau; ces cavités contenaient un liquide séreux et très-clair dont la quantité a été évaluée, sans crainte de tomber dans l'exagération, à qua-

torze onces; et enfin, les couches optiques, les corps striés, les cornes d'Ammon et les toiles choroïdiennes, étaient développés en raison directe de l'étendue de ces cavités.

Dans le lobe droit du cervelet, j'ai trouvé un tubercule du volume d'un œuf de poule, de forme arrondie, de couleur jaune-serin. Son tissu était à l'extérieur à l'état de erudité et ramolli à son centre. Cette production accidentelle, développée aux dépens de la substance du cervelet (car elle remplaçait toute sa partie antérieure qui manquait absolument), était immédiatement en rapport avec les méninges.

En séparant l'encéphale de la moelle épinière, j'ai trouvé, reposant sur la surface basilaire du sphénoïde, une vésicule polypeuse du volume d'une noix, adhérente au cervelet, et que j'ai pu écraser entre les doigts. La portion gauche du cervelet n'a rien présenté qui fût digne d'être noté.

Cette observation, qui n'est certainement pas nouvelle en son genre, ne laisse pas, ce me semble, d'offrir quelque intérêt sous le rapport de la coïncidence des diverses altérations organiques qu'elle présente et sous celui de la marche des phénomènes qui en ont été le résultat. Épanchement séreux, tubercule et polype du cerveau, telle est la nature de l'affection; perversion, trouble de l'inervation, convulsions, paralysie progressive et mort, telle en a été la conséquence. Lorsqu'on songe que, dans une foule de cas d'apoplexie cérébrale, là même où l'anatomie pathologique ne fait rien découvrir d'appréciable à nos sens, les malades sont subitement foudroyés, le médecin observateur n'a-t-il pas lieu d'être étonné de voir des sujets traîner leur existence durant des années entières, chez lesquels il y a une série de désordres aussi marqués que dans le cas dont il s'agit ici. Comment concevrait-on en effet, si les symptômes étaient toujours en rapport avec l'étendue des lésions, que ce malheureux enfant ait pu aussi long-temps soutenir une vie végétative dans laquelle la plupart des organes sensoriaux ont été successivement frappés comme d'une mort en détail? En attendant à cet égard des explications satisfaisantes, convenons qu'il règne dans certaines maladies bien de l'obscurité sur les rapports des effets symptomatiques avec leurs causes morbides.

Hémorrhagie dans la moelle alongée et la protubérance annulaire, sans symptomes précurseurs; mort en deux heures; *obs. rec. par le docteur Ollivier, d'Angers.*—Le nommé Mantague, âgé de 72 ans, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une parfaite santé, et n'éprouvait aucune des infirmités qu'il est assez commun d'observer à l'âge avancé où il était arrivé. Le 27 janvier 1833, il part de sa demeure, voisine de la barrière Montmartre, et se rend à la barrière

de Fontainebleau, où il était attendu pour recevoir de l'argent (La distance peut être évaluée à une lieue environ). En arrivant, il se plaint de ressentir beaucoup de fatigue, il s'assied, et tombe presque aussitôt sur le côté, en vomissant le café au lait qu'il avait pris à son déjeûner. Dans cet état, la face était rouge, les yeux injectés, la bouche n'était déviée ni à droite ni à gauche, la respiration lente et râleuse, coma profond, perte complète de connaissance; on se hâta de placer le malade sur un lit, et dans ce transport, on remarqua que les membres supérieurs et inférieurs se raidirent convulsivement, phénomène qui se reproduisit passagèrement à plusieurs reprises, et fut suivi de leur résolution. La respiration devint de plus en plus difficile, stertoreuse, se ralentit progressivement, et le malade succomba au bout de deux heures. On ne s'assura pas si la sensibilité s'était conservée jusqu'à la fin. Cette mort inattendue du nommé Mantague chez la personne chargée de lui payer une rente viagère, et survenant au moment où il arrivait pour réclamer un payement, ayant donné lieu à quelques soupçons, le procureur du roi me chargea de rechercher si elle résultait d'une cause violente ou naturelle.

Ouverture du cadavre 48 heures après la mort. — Pâleur générale, rigidité cadavérique générale, nulles traces de chaleur dans les diverses parties du corps. Tous les viscères de l'abdomen dans l'état sain. Les deux poumons sont adhérens aux plèvres costales par des brides celluleuses anciennes et organisées : le poumon droit contient une grande quantité de sang noir, très-liquide, qui s'écoule, par un jet continu, des incisions pratiquées près du bord postérieur de cet organe. Cœur très-volumineux, les parois de ses cavités notablement hypertrophiées, surtout celles du ventricule gauche, avec dilatation de sa cavité. Le sang des gros troncs vasculaires est noir et très-liquide.

Toute la substance cérébrale des deux hémisphères est d'une consistance ferme, très-injectée de sang qui s'échappe en gouttelettes nombreuses à chaque section pratiquée dans son épaisseur. Les ventricules latéraux contiennent environ trois cuillerées d'une sérosité limpide, nullement sanguinolente. La protubérance annulaire forme un relief plus saillant et plus arrondi que dans l'état ordinaire; divisée longitudinalement, on trouve dans son épaisseur un foyer apoplectique s'étendant d'une part jusqu'au-dessous des tubercules trijumeaux, et de l'autre jusqu'à la moitié de la longueur des éminences pyramidales, qu'il écartait des éminences olivaires. Le sang est noir, coagulé, la substance nerveuse au milieu de laquelle il est épanché, n'est aucunement ramollie, et toutes mes recherches n'ont pu me faire découvrir dans les faisceaux déchirés de la moelle alongée, cette altération préliminaire de l'hémorrhagie, qui existe constamment, suivant M. Rochoux. Le sang n'était infiltré que dans les couches moyennes de la

protubérance, et l'on n'en retrouvait aucune trace dans le troisième et quatrième ventricules; ce liquide s'était infiltré latéralement dans l'épaisseur des deux pédoncules cérébraux jusqu'à leur jonction avec les couches optiques: en un mot, il n'occupait que les faisceaux antérieurs de la moelle.

Cette hémorrhagie du centre de la protubérance cérébrale et des embranchemens supérieurs de la moelle épinière, a présenté les phénomènes qu'on a déjà constatés dans cette espèce d'apoplexie; la raideur convulsive des membres qui se manifesta d'abord, et à laquelle succéda leur paralysie, est un symptôme constant alors. (*Traité de la moelle épin.* T. 2, p. 522). Je me bornerai à une seule réflexion; c'est que l'autopsie a confirmé ce que les antécédens du malade rendaient déjà très-probable, savoir: que la déchirure de la moelle alongée et l'hémorrhagie sont survenues tout-à-coup sans avoir été précédées par un ramollissement inflammatoire ou autre, car on ne pourrait concevoir qu'une altération de cette espèce eût existé primitivement au centre de la moelle alongée, et permis néanmoins au malade de faire une lieue à pied sans causer le moindre accident, ni la moindre vacillation dans la marche.

Anévrysme de l'aorte qui s'ouvrit dans l'œsophage et n'entraina la mort que deux mois après; *observ. par M. Samuel Cooper.* — John Backhouse, âgé de 38 ans, charron, doué de muscles vigoureux, portait une tumeur de cinq pouces de diamètre, très-proéminente, offrant des battemens énergiques, au côté gauche des vertèbres dorsales et s'étendant sous la base du scapulum qui était considérablement déjeté en dehors. Il se plaignait de palpitations, de gêne dans la respiration et de crachats sanguinolens. A l'aide de la saignée, d'un régime sévère, de la digitale, des purgatifs et du repos, il se rétablit si bien dans trois semaines, qu'il put reprendre ses travaux, tout pénibles qu'ils étaient, et les continuer sans difficulté pendant près de huit mois. Le 16 septembre 1830, il vomit tout-à-coup près de trois pintes de sang et s'évanouit; quand il revint à lui, il rendit une grande quantité de sang par l'anus, et le 27 du même mois, se trouvant mieux qu'avant sa perte de sang, il retourna à son travail et le continua sans interruption jusqu'au 6 novembre; ce jour-là, se trouvant indisposé, il resta chez lui et envoya chercher un médecin. Il était faible, son pouls battait sans énergie; la tumeur du dos avait disparu; cependant on sentait les battemens en appuyant la main fortement. Le 9 novembre, il expira après avoir vomi près d'une pinte de sang vermeil.

Le cœur et les poumons étaient sains. L'aorte était anévrysmatique un peu au-dessous de sa crosse. Le sac anévrysmal, qui était très-ample, était en contact en arrière avec les vertèbres dorsales et les côtes; mais la plus grande partie de ce sac s'étendait entre le dia-

phragme et le poumon gauche, sur le bord duquel il envoyait un prolongement en forme de tumeur de la grosseur d'un citron. Toute la portion contiguë au poumon était remplie de fibrine formant des couches concentriques, dont les plus externes étaient extrêmement fermes et ressemblaient à de la viande bouillie. Du côté du rachis, le sac contenait du sang en partie liquide. L'anévrysme avait détruit l'extrémité vertébrale de la sixième et de la septième côte, les apophyses transverses et une portion considérable du corps des trois vertèbres dorsales voisines. Le poumon gauche, qui offrait une couleur et une consistance normales, avait été évidemment comprimé. La poche anévrysmale communiquait avec l'œsophage par une ouverture assez large, au niveau de la bifurcation des bronches, auxquelles elle était adhérente. L'estomac contenait trois livres de sang et plusieurs onces de sérosité ; le duodénum contenait une livre de sang.

Dans cette observation, il y a plusieurs circonstances dignes de remarque :

1.° Le malade avait survécu à la première rupture de l'anévrysme depuis le 16 septembre jusqu'au 9 novembre, époque à laquelle arriva la seconde hémorrhagie qui fut mortelle. Ainsi il avait pu se livrer à des travaux fatigans pendant deux mois, quoiqu'une communication eût été établie par l'ulcération entre l'aorte anévrysmatique et l'œsophage. Sans doute il avait dû son salut à la syncope qui suivit cette perte de sang et qui, en suspendant l'impulsion du cœur, avait favorisé la formation d'un caillot précisément contre l'ouverture fatale.

2.° Après cette première hémorrhagie, la tumeur anévrysmale avait disparu complètement.

3.° La tumeur, quand elle existait, déjetait en dehors la base du scapulum. M. Samuel Cooper n'avait point encore vu cet effet produit par aucun anévrysme de l'aorte.

4.° On ne peut trop admirer les efforts de la nature pour obtenir la guérison de la maladie ; la plus grande partie de la poche était garnie de couches successives de matière solide ; la seule portion qui en manquait était soutenue par les vertèbres et l'œsophage. (*Med. chir. Transactions*, T. 16.)

Phlébite brachiale causée par une saignée, suivie d'abcès thoracique et de carie des côtes ; *obs. par le docteur Oesterlen.* — Une femme de 28 ans, bien portante, enceinte de cinq mois, fut saignée, sans autre motif que l'habitude, à la veine basilique droite. Au moment de l'ouverture de la veine par le phlébotome, la femme ressentit une douleur violente qui traversa le bras et s'étendit au côté droit de la poitrine. Le lendemain, la face interne du bras était tuméfiée jusqu'à l'aisselle ; il y avait beaucoup de fièvre et tous les symptômes d'une pleurésie. Plus tard, une tumeur extrêmement douloureuse se forma dans la région des troisième et quatrième côtes, à deux pouces

du sternum ; cette tumeur ne céda ni aux saignées générales et locales ni aux cataplasmes ; elle s'ouvrit le 46.e jour de la maladie, et laissa voir les côtes cariées. La malade crachait du pus en grande quantité, et était affectée d'une fièvre hectique avec sueurs colliquatives. Dans la 38.e semaine de sa grossesse, elle accoucha facilement d'un enfant bien portant. Pendant quatre années cette femme continua à expectorer du pus, et à en faire sortir par la plaie chaque fois qu'elle toussait. Dans la cinquième année, la plaie se ferma, la toux et l'expectoration purulente diminuèrent et disparurent enfin complètement, et la malade se trouva guérie par les seules forces de la nature. (*Heidelger klinische Annalen*, t. VII, 3.e cah.)

Plaie pénétrante du bas-ventre ; fracture de l'os pubis ; lésion de la vessie ; guérison ; *obs. par le docteur Waltz* — Un jeune homme vigoureux, de vingt et quelques années, reçut un coup de pistolet, de la distance de dix pas, dans la soirée du 30 août 1827. La pâleur, la face hippocratique et l'affaiblissement progressif et extrême du pouls firent craindre une hémorrhagie interne. La balle était entrée à un demi-pouce au-dessus de la verge, un peu à droite, avait fracassé l'os pubis droit, traversé le bassin et était sortie par la fesse droite à un pouce et demi de l'anus. Du sang et de l'urine s'écoulaient par l'ouverture antérieure de la plaie. Quand le blessé se fut un peu remis il se plaignit d'envie d'uriner et d'aller à la selle, sans pouvoir y satisfaire. On couvrit légèrement les plaies et on porta le malade à la ville, distante d'une lieue et demie. En route, le ténesme augmenta, le ventre se tendit et devint douloureux. Aussitôt après l'arrivée en ville, on introduisit une algalie dans la vessie, et on évacua 8 à 10 onces de sang pur, ce qui diminua la tension du bas-ventre. L'algalie resta en place ; un lavement provoqua une selle. Le malade ne permettait pas le moindre attouchement de la plaie. On administra un calmant et le malade dormit tranquillement pendant quelques heures après minuit. Beaucoup de sang s'écoula par l'algalie, et beaucoup d'urine par la plaie antérieure. Le 31 l'écoulement continue ; douleur vive à la cuisse droite et à la tubérosité ischiatique ; le soir, un peu de fièvre. 1er septembre : insomnie ; ténesme, tension et sensibilité du bas-ventre, fréquence et tension du pouls, soif. L'algalie qui s'était dérangée, introduite de nouveau, donne issue à trois ou quatre onces d'urine sanguinolente suivie de sang épais, décomposé, fétide. Légère rémission. L'algalie est expulsée avec une certaine force. Fièvre peu intense. 2 septembre : écoulement abondant d'urine par la plaie antérieure ; la postérieure est presque fermée ; constipation, apyrexie, douleur à la cuisse. (Electuaire lénitif). 3 septembre : dans la nuit, pour la première fois, émission d'urine volontaire ; quelques selles liquides, appétit. On enlève de la plaie quelques esquilles osseuses. 4 septembre : émission de beaucoup d'urine par l'urètre, peu

par la plaie de laquelle on enlève quelques poils et quelques esquilles ; état général satisfaisant. 5 et 6 septembre : écoulement d'urine plus abondant par la plaie antérieure. Douleur dans la région du fond de la vessie qui paraît dur ; le soir, écoulement de pus par l'urètre. 7 septembre : nuit agitée, douleurs dans le bassin, écoulement de l'urine par la plaie antérieure seulement ; pouls fréquent, petit, dur ; face affaissée, yeux ternes, sentiment de défaillance, anorexie. L'algalie fit découvrir un fragment osseux engagé dans l'urètre. (Injections émollientes dans ce canal). 8 septembre : nuit bonne ; fièvre et douleurs légères ; écoulement de pus par la plaie antérieure. (Décoct. de quinquina et élec. d'orang. comp.). 9 septembre : le fragment osseux a avancé jusqu'à la racine de la verge ; excoriations du scrotum. (On entoure la plaie d'un rebord d'emplâtre agglutinatif qui dirige l'urine vers une éponge ; on saupoudre les parties environnantes de poudre de lycopode). 10—14 septembre : on enlève encore quelques esquilles ; la plaie est gangrénée et sécrète de la sanie. (On la panse avec de l'acide pyro-ligneux). État général moins satisfaisant ; amaigrissement, anorexie. Le 15 : le fragment osseux sort de l'urètre accompagné de sang et de pus ; douleur dans le bassin ; écoulement de pus par la plaie postérieure (fomentations narcotico-aromatiques sur le bas-ventre, lavement irritant). 16 septembre. L'urine coule de nouveau par l'urètre suivie d'un jet de pus, amélioration générale ; matières fécales mêlées de sang et d'une matière purulente, muqueuse. (Eau de chaux avec du lait.) Le 23 septembre, l'urètre est de nouveau obstrué par un fragment osseux, l'urine coule par la plaie, mais les jours suivans elle reprend son cours normal et la plaie se rétrécit de plus en plus. Du 1.er au 14 octobre, beaucoup d'esquilles osseuses et de concrétions terreuses sont évacuées avec l'urine par l'urètre. Le 27 octobre, le malade peut un peu marcher soutenu par des béquilles ; la cuisse droite est comme paralysée. Le 31, l'urètre étant obstrué de nouveau par une esquille osseuse, il se forme sur la plaie extérieure une vessie qui laisse passer quelques gouttes d'urine. Après la sortie de ces esquilles, la plaie se ferme. Le 16 novembre, après une débauche, le malade sent une douleur lombaire dans la direction de l'uretère gauche ; cette douleur se dissipe cependant bientôt. Le 15 avril, la plaie postérieure se r'ouvre, il en sort un fragment osseux pointu et quelques gouttes d'urine. Des cataplasmes arrosés d'eau de Goulard font rapidement cicatriser cette plaie. Les cicatrices se r'ouvrent encore à plusieurs reprises et donnent issue à des esquilles osseuses ; mais enfin après avoir encore été affecté d'une fièvre intermittente qui céda au sulfate de quinine, le malade se rétablit complètement. (*Graefe und Walter's Journal der Chirurgie*. T. 16, 5.e cahier.)

Anévrysme de l'artère poplitée ; rupture dans le tissu inter-musculaire ; *obs. par le docteur Samuel Cooper*. — M. Lucas, âgé de 48 ans,

grand et robuste, sujet à la goutte, portait une tumeur qui remplissait le creux du jarret et s'étendait de chaque côté des condyles du fémur jusqu'à la rotule, et profondément en bas, un peu sous les muscles jumeaux; ses pulsations étaient fortes et sensibles à la vue et au toucher. La peau était rouge et enflammée en un point à la partie postérieure; le pied était engourdi, et la jambe considérablement tuméfiée par l'engorgement. La maladie existait depuis cinq ans, et avait été attribuée à une affection rhumatismale ou goutteuse du genou par le malade, qui n'avait cessé de s'occuper de ses affaires ordinaires. M. S. Cooper proposa de suite la ligature de l'artère fémorale; mais le malade demanda huit ou dix jours pour remplir quelques engagemens. Trois ou quatre jours après, il eut une violente attaque de goutte dans le pied droit et les deux poignets; elle dura une quinzaine de jours, et quand elle fut dissipée, on remarqua que les battemens de la tumeur anévrysmale avaient subi une diminution considérable, sans changement dans l'aspect général de la tumeur et du membre, excepté une légère coloration purpurine qui s'était établie un peu au-dessus de la malléole interne. L'engourdissement du pied était un peu augmenté. Cinq jours plus tard, la coloration était plus évidente et ressemblait à une ecchymose; le pied était devenu tout-à-coup extrêmement froid; à la cheville et au coude-pied il y avait quelque sensibilité; elle était nulle aux orteils; la tumeur n'offrait plus de battemens; sous tous les autres rapports, le membre n'avait éprouvé aucun changement. Comme la tumeur n'avait point changé de forme et n'avait rien perdu de sa fermeté, comme la jambe n'avait point augmenté de volume, M. S. Cooper ne soupçonna pas la rupture de la poche anévrysmale en un point profondément situé; il pensa au contraire que ces nouveaux symptômes pouvaient être favorables. Cependant l'abaissement subit de la température du pied et l'accélération du pouls ayant fait naître quelques doutes dans son esprit, il appela en consultation le docteur Lawrence. Ce chirurgien, en appliquant l'oreille sur la tumeur, perçut un bruit de soufflet qui, suivant lui, indiquait le passage du sang dans la tumeur; en conséquence, il recommanda la ligature de l'artère fémorale; mais comme le membre avait peu à peu recouvré sa chaleur normale, M. S. Cooper pensa qu'il se faisait peut-être un travail vers la guérison, et malgré le bruit du soufflet, il différa l'opération. Deux jours après, la gangrène était imminente, la tumeur était aussi volumineuse que jamais, le gonflement de la jambe n'avait point diminué, le bruit du soufflet était encore perceptible; le retour apparent de la chaleur de la jambe provenait, à la dernière visite, de l'emploi soutenu des fomentations, et n'avait pas été durable; le pouls avait augmenté de fréquence : toutes ces raisons firent adopter la ligature de l'artère fémorale, après laquelle le bruit du soufflet disparut. La gangrène se déclara cinq jours après l'opération; on fit l'amputation en-

viron un pouce et demi au-dessus de la ligature de l'artère fémorale, qui ne donna pas de sang. Le lendemain de l'opération, le pouls tomba de beaucoup, et au bout de six semaines, le malade était complètement guéri.

La poche anévrysmale, qui était d'une grandeur extraordinaire, était remplie de sang coagulé; elle s'était ouverte à sa partie la plus profonde, sous les muscles jumeaux; le sang s'était répandu en grande quantité dans le tissu cellulaire inter-musculaire; on en trouva jusqu'au talon et autour du tendon d'Achille.

Cette observation jette quelque lumière sur plusieurs points importans de pratique chirurgicale. Elle montre le danger de différer la ligature de l'artère quand l'anévrysme est considérable; car il y a deux choses graves à craindre : la rupture des tégumens et la rupture de la poche profondément. On voit que, lorsque l'anévrysme de l'artère poplitée est très-volumineux, lorsque la jambe et le pied sont très-enflés, et lorsque la poche se rompt en un point profondément situé sous les muscles et les aponévroses, le sang se répand, s'infiltre en grande quantité dans le tissu cellulaire inter-musculaire, sans changer l'aspect de la tumeur et du membre. Dans ce cas, il est urgent de procéder à la ligature de l'artère fémorale pour éviter la gangrène qui ne tarderait pas à envahir la jambe; on reconnaîtra cette rupture après la cessation ou la diminution des battemens de l'anévrysme, au bruit de soufflet noté ci-dessus, à l'accélération du pouls, et aux autres symptômes généraux qui n'existeraient pas si la cessation des battemens de la tumeur était due à un travail de guérison spontanée, à l'abaissement subit de la température du pied et à la coloration rouge livide qui s'établit en un point quelconque du membre. L'observation ci-dessus montre encore à quelle distance peut s'infiltrer le sang qui s'échappe par la rupture profonde d'une poche anévrysmale.

Thérapeutique.

Effets de la saignée dans le frisson des fièvres intermittentes; *par W. Twining.* — Le docteur Mackintosh, d'Édimbourg, dans un mémoire inséré dans l'*Edinburgh medical and surgical journal*, a démontré, par de nombreuses observations, les bons effets de la saignée pratiquée pendant la période de froid pour combattre les fièvres intermittentes. Le cinquième volume des *Transactions de Calcutta* contient plusieurs mémoires sur ce sujet qui tendent à prouver que ce mode de traitement a été mis en usage dans l'Inde avec un égal succès. M. Twining rapporte de nombreuses observations recueillies dans sa pratique et parmi lesquelles nous avons choisies les suivantes :

J. Hunter, âgé de 25 ans, d'une taille moyenne, mais fort et vigoureux, fut pris d'une fièvre intermittente tierce, le 5 décembre 1828. On lui fit prendre d'abord un purgatif qui produisit beaucoup d'effet, et on lui administra pendant cinq jours, et sans aucun résultat, la

poudre suivante : ♃ *Quinquina pulvérisé*, ʒ ij ; *rhubarbe pulvérisée*, gr. x, mêlez ; pour une dose. Le 11, c'est-à-dire au commencement du quatrième accès, on pratiqua une saignée de quatorze onces pendant la période de froid. On ouvrit la veine pendant le fort du frisson ; les ongles étaient livides ; le malade éprouvait beaucoup de douleurs dans les reins, et le pouls était très-rapide. Le frisson cessa au bout de quelques instans ; il fut remplacé par une période de chaleur qui ne dura qu'une demi-heure, et la maladie ne reparut plus.

Bennet, âgé de 47 ans, d'une constitution très-robuste et qui habitait l'Inde depuis dix-huit ans, entra à l'hôpital le 22 novembre, après avoir eu déjà trois accès très-violens d'une fièvre intermittente. On lui administra d'abord un purgatif, et le 24, au début de l'accès et pendant le frisson, on lui fit une saignée d'une livre. Les frissons étaient très-violens ; le pouls fréquent et faible. Au bout de quelques minutes, le froid cessa tout-à-fait ; l'accès chaud fut très-faible, de même que la sueur, et depuis la maladie ne s'est jamais remontrée.

Dans les cinquante observations consignées par M. Twining dans son mémoire, ce mode de traitement a obtenu le même succès. L'auteur fait seulement remarquer que, quelle que soit la confiance qu'on lui accorde, il ne faut cependant pas négliger l'emploi des purgatifs et des autres moyens qui pourraient être indiqués dans certains cas particuliers. Il ajoute qu'il n'a observé aucun cas qui ait pu lui faire supposer qu'il y ait quelque danger à employer la saignée au commencement de la période de froid. Au résumé, dit-il, je pense qu'il est très-important de faire remarquer que tous mes confrères qui ont pratiqué eux-mêmes la saignée, ont presque toujours obtenu un résultat avantageux, parce qu'ils ont appliqué ce moyen au moment opportun, c'est-à-dire au commencement du frisson ; tandis que ceux qui se sont contentés d'ordonner la saignée, et qui se sont reposés sur d'autres du soin de la faire, ont eu beaucoup moins de succès ; ce qui dépend, je crois, non de l'infidélité du moyen en lui-même, mais du choix du moment de l'appliquer,

Le docteur Mackensie, dans un mémoire intéressant inséré dans la même collection, vante aussi les bons effets de la saignée dans les cas qui nous occupent. Il recommande de ne pas abuser de ce moyen en l'appliquant indistinctement dans tous les cas ; il pense qu'il faut tenir compte de l'état général du malade et des lésions viscérales qui peuvent exister dans certains cas. En prenant ces précautions, il a trouvé que ce moyen était des plus efficaces. Il fait encore observer que, lorsque la période de froid est peu distincte, l'emploi de la saignée est beaucoup moins avantageux que lorque le froid et le frisson sont des symptômes prédominans. Ce mémoire est suivi de deux autres, l'un de M. Dempster et l'autre de M. Griffiths, qui tendent à confirmer l'exactitude des faits consignés dans les autres mémoires, et à prouver

que, même pour les natifs de l'Inde, la saignée pratiquée au commencement du frisson est un moyen des plus efficaces pour combattre les fièvres d'accès. (*Calcutta Med. and Physical Transactions*. T. V. et *The Edinburgh Med. and Surg. journal*, janvier 1833.)

TRAITEMENT NOUVEAU DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; *par le docteur Giovanni de Vittis, médecin en chef des hôpitaux militaires*. — Cette note est extraite de l'ouvrage que ce médecin vient de publier pour faire connaître les résultats remarquables et inattendus qu'il a obtenus par un traitement qu'il a appliqué à tous les cas de phthisie qui se sont présentés à l'hôpital militaire de Capoue, où l'on reçoit la majeure partie des phthisiques de l'armée. Voici le relevé des malades auxquels le docteur Giovanni de Vittis a appliqué ce traitement :

« Du premier mai 1828 jusqu'au 18 janvier 1832, sont sortis entièrement guéris, de l'hôpital militaire de Capoue, 40 malades affectés de catarrhe chronique, 47 atteints de phthisie au premier degré, 102 arrivés au second degré, et 27 dont la maladie était parvenue au troisième. Total, 216. »

Le traitement consiste dans l'administration le matin et le soir d'une cuillerée de la solution suivante : ℞ Tartre stibié, gr. iij ; infusion de fleurs de sureau, ℥ v; sirop simple, ℥ j.

Les malades boivent de l'hydrogala dans le courant de la journée.

Le régime suivi par les malades se compose de riz cuit en consistance de bouillie, et sucré convenablement. Chez ceux qui sont au troisième degré de la phthisie avec diarrhée colliquative, on donne, au lieu de cette crême de riz, deux tasses de chocolat avec deux biscotes, une le matin, et l'autre le soir.

Il faut noter que, lorsque la solution de tartre stibié n'a pas provoqué de vomissemens au bout d'un quart d'heure, quelquefois on en fait administrer une seconde cuillerée. C'est particulièrement chez les individus d'une constitution robuste qu'il est nécessaire de réitérer ainsi la dose du médicament. On doit aussi avoir soin d'en suspendre l'administration pendant quelques jours chez les malades auxquels elle cause des évacuations alvines répétées; dans cet intervalle, on leur fait prendre un mélange d'ipécacuanha torréfié et de digitale pourprée, qui suspend immédiatement la diarrhée. Voici sous quelle forme on l'administre : ℞ Digitale pourprée pulvérisée, gr. x; ipécacuanha torréfié et pulv., gr. x; mêlez exactement, et faites dix pilules; le malade en prend une d'heure en heure, ou à intervalles plus rapprochés, suivant la multiplicité des évacuations, et jusqu'à ce qu'elles aient cessé. (*Annali univers. di med*, ; décembre, 1832.)

SUR L'USAGE EXTERNE DU TABAC DANS LA GOUTTE ET AUTRES INFLAMMATIONS; *par G. Vetch, méd. de Charterhouse*. — Depuis long-temps, dit ce praticien, je me proposais de publier une série d'observations qui démontrent que le tabac, employé comme remède topique, dimi-

nue et quelquefois fait disparaître diverses inflammations spécifiques, et en particulier les phlegmasies goutteuses et rhumatismales des membranes synoviales. Indépendamment de la douleur qu'il calme, et de l'inflammation dont il diminue l'intensité, le tabac, ainsi employé, contribue singulièrement à rendre le ton et les forces aux parties malades. Chacun peut, en effet, expérimenter sur soi-même les effets de ce médicament sur la peau, en plongeant pendant quelques instans le doigt dans une infusion ou dans une solution aqueuse de son extrait. L'infusion est un topique très-utile dans tous les cas d'inflammation érysipélateuse, mais en ayant l'attention de ne pas l'appliquer sur les parties contiguës à l'estomac, à moins qu'on ait l'intention de provoquer des nausées. »

« J'ai observé pour la première fois les propriétés sédatives et astringentes du tabac dans les diverses maladies dont je viens de parler, après avoir essayé pendant plusieurs années tous les narcotiques connus, dans le but de découvrir quelque remède nouveau contre l'ophthalmie purulente. Les effets vraiment remarquables que j'obtins du tabac me dédommagèrent de tous les essais infructueux que je faisais depuis si long-temps. Mes observations ont été faites publiquement; aussi j'en appelle à tous ceux qui ont assisté à ces expériences répétées : elles recommandent hautement l'usage de ce médicament dans les inflammations aiguës erratiques, et particulièrement dans celles qui ont leur siége dans les articulations, le testicule et la sclérotique. L'infusion préparée suivant la formule de la pharmacopée de Londres est suffisamment forte : dans beaucoup de cas on se trouve bien de faire frotter la partie avec de l'eau de Cologne, après l'avoir frictionnée avec l'infusion de tabac. Voici cette formule : ℞ feuilles de tabac, un gros; eau bouillante, une pinte. On laisse infuser dans un vase complètement clos, et on filtre. »

Il est à regretter que le docteur Vetch ne donne pas de détails plus circonstanciés sur les cas dans lesquels il a employé cette infusion avec tant de succès. Toutefois ses expériences méritent d'être répétées. (*Medico-chir. Transact.*, etc., vol. XVI, partie 2.e Londres, 1833.)

Eléphantiasis guéri en sept jours; *par le docteur Graff.* — Un jeune homme, âgé de 21 ans, bien fait, mais affecté d'éléphantiasis depuis son enfance, avait déjà consulté plusieurs médecins distingués, et employé sans succès un grand nombre de moyens. Lorsque le docteur Graff le vit pour la première fois, il était dans l'état suivant : dans la face il n'y avait que quelques plaques rouges; le cuir chevelu était couvert d'écailles et de croûtes fortement adhérentes, et qui démangeaient souvent le malade. Toutes les autres parties du corps étaient recouvertes d'une peau grise brunâtre, dure comme du cuir, écailleuse. Cette peau épaisse ne paraissait être qu'une dégénérescence de l'épiderme; elle était insensible, d'une épaisseur inégale, et pré-

sentait en différens endroits, surtout près des articulations, des gerçures à travers lesquelles on apercevait une peau fraîche et rouge; ces gerçures démangeaient et brûlaient le malade. Le docteur Graff fit garder le lit au malade pendant six jours, lui donna à l'intérieur dix grains d'éthiops antimonial trois fois par jour, et le fit frotter matin et soir sur tout le corps avec du savon noir, dans lequel on avait incorporé du précipité rouge (les deux premiers jours six onces de savon et quatre grains de précipité, les jours suivans quatre onces de savon et deux onces de précipité). Le premier jour, aucun changement; le second et le troisième ramollissement de la peau dégénérée, augmentation de la rougeur et du sentiment de brûlure aux gerçures; les 4.e 5.e et 6.e jours, desquamation considérable de la peau; le 7.e jour, bain dans lequel on a fait dissoudre une demi-once de savon vert; pendant que le malade est au bain, on frotte toute la surface du corps avec les mains et des éponges; le malade fut dépouillé ainsi de presque toute la peau dégénérée; ce qui lui en resta disparut dans un second bain. Trois mois après, la peau était encore partout dans l'état normal, à l'exception des deux côtés de la poitrine et de l'abdomen, où la dégénérescence avait été plus forte; dans cette région on sentait de nouveau une certaine inégalité et sécheresse de la peau, mais sans changement de coloration. (*Heidelberger klinische Annalen*, t. VII, 4 e cah., 1831.)

Excision de l'os maxillaire supérieur et de l'os malaire affectés d'ostéosarcome. *Par le docteur Scott.* — Elizabeth Button, âgée de de 18 ans, fut admise à l'hôpital de Londres, le 8 septembre; elle portait, du côté gauche, une tumeur volumineuse due à la dégénérescence ostéo-scarcomateuse des os maxillaire upérieur et malaire. Une quizaine de jours auparavant, elle avait consulté le docteur Scott, et avait dit qu'elle avait éprouvé de la douleur au visage environ six semaines avant sa consultation; cette douleur ayant été attribuée à des dents malades, on lui en avait arraché une sans qu'elle en eut éprouvé de soulagement. La douleur persistait toujours, l'os malaire était évidemment augmenté de volume, le visage était pâle et toute en elle annonçait une santé notablement altérée. Le docteur Scott lui avait prescrit alors, sur cette tumeur, des sangsues, des applications froides, et à l'intérieur la décoction composée de salsepareille; mais comme la maladie faisait des progrès, Elisabeth fut admise à l'hôpital.

La tuméfaction correspondait principalement à l'os malaire; après avoir arraché la dernière molaire, on introduisit facilement une sonde dans le sinus. L'apophyse palatine du maxillaire supérieur parut saine et résista au passage d'une sonde très-fine. L'aiguille à gorge du docteur Davis fut introduite au-dessous de la lèvre supérieure dans la tumeur, et en la retirant on la trouva pleine d'une matière

médullaire épaisse. Les progrès de la maladie étant très-rapides, on pratiqua l'opération le 12 septembre.

Le docteur Scott fit une incision oblique derrière l'angle de la mâchoire, et en disséquant avec soin le long du muscle digastrique, il parvint jusqu'à la carotide externe, au moment où elle passe derrière l'angle de la mâchoire; elle fut promptement liée à l'aide de l'aiguille à anévrysme de Weiss, armée d'une double ligature. Après cette opération préliminaire, il fit une nouvelle incision partant de l'angle de la bouche et se dirigeant obliquement en haut et en arrière vers le zygoma. Les tégumens furent séparés, en haut, de la tumeur par la dissection; l'œil fut privé de son union celluleuse lâche avec le plancher de l'orbite; l'aile gauche du nez fut détachée. Alors, avec des pinces incisives très-fortes, l'os malaire fut séparé du temporal au niveau de l'arcade zygomatique et de l'os frontal; avec le même instrument l'os maxillaire supérieur fut séparé de son apophyse nasale et de celui du côté opposé à l'endroit de la suture longitudinale de la voûte palatine. Toute la tumeur vint en avant et fut détachée des parties molles situées derrière avec un scalpel recourbé. L'énorme cavité qui en résulta fut remplie de charpie et de compresses fines, et les bords de la plaie furent maintenus en rapport par trois aiguilles et la suture entortillée comme dans le bec de lièvre. Trois points de suture furent ensuite ajoutés en haut, et l'appareil terminé, la malade fut mise dans son lit et prit une potion calmante.

Trois jours après l'opération, aucun symptôme fâcheux ne s'était manifesté; la plus grande partie de la plaie paraissait réunie par première intention, excepté en haut où la peau mince et supportée difficilement, avait éprouvé une déviation de deux pouces. La ligature de la carotide se sépara le douzième jour. La santé d'Elisabeth parut d'abord s'améliorer, elle reprit des forces, digéra bien ses alimens. Mais bientôt elle fut prise d'une petite toux, de sueurs nocturnes; elle dépérit rapidement, et mourut le 12 octobre. — A l'autopsie, on trouva que la maladie n'avait point récidivé; les parties étaient saines; l'apophyse zygomatique seule était nécrosée; les poumons étaient farcis de tubercules. La tumeur enlevée se composait d'une masse médullaire compacte, qui avait détruit tout l'os malaire, et semblait être née de la paroi extérieure du sinus maxillaire. (*Lond. med. Gaz.* Janvier 12, 1833.)

Obstétrique.

Luxation des pubis pendant le travail de l'accouchement; *observée par le docteur Riecke.* — Une femme robuste, âgée de 23 ans, enceinte de son premier enfant, accoucha très-péniblement; l'enfant mourut pendant l'accouchement. La dernière douleur avait été tellement violente, que la femme s'était soulevée convulsivement du siége

où elle devait accoucher, mais y fut retenue par les assistans. Neuf jours après l'accouchement, le docteur Riecke, voyant la malade pour la première fois, trouva une luxation des pubis; la symphyse était rompue, et le pubis gauche s'était porté derrière celui du côté droit dans la longueur d'un demi-pouce au moins. Les parties génitales externes et le vagin étaient fortement tuméfiés, cependant l'urine et les lochies passaient librement; la malade accusait des douleurs dans la région de la symphyse, et elle était dans l'impossibilité de marcher, de se tenir debout ou de s'asseoir. La malade étant couchée sur le dos, le docteur Riecke appliqua ses mains sur les crêtes iliaques, et les poussant en arrière, tâcha de les écarter l'une de l'autre autant que possible, afin de rétablir la situation normale des pubis; mais il ne put continuer long-temps à cause des douleurs violentes qu'il occasionait à la malade. Cependant ce même procédé, après plusieurs tentatives, réussit enfin dans la matinée du second jour, pendant que la malade tenait les jambes fortement fléchies sur les cuisses. Du moment où la luxation fut réduite, la malade put marcher; pour remédier à sa marche vacillante et pour affermir l'articulation, on fit porter à la malade, pendant quelque temps, un bandage semblable aux bandages herniaires. L'examen du bassin fit voir que les branches descendantes des pubis formaient un angle aigu, ce qui rétrécissait le détroit inférieur. (*Heidelberger klinische Annalen*, t. VII, 3.e cah., 1831.)

Absorption du placenta; *observée par le professeur Naegele.* — Une femme, qui déjà trois fois était accouchée à terme, et facilement, termina sa quatrième grossesse par un accouchement prématuré, suite d'affections tristes de l'âme. L'enfant était mort, chétif, et avait seize pouces de longueur. L'arrière-faix resta dans l'utérus, où il adhérait à la partie inférieure droite. Il n'y eut ni écoulement sanguin, ni douleurs. On administra le seigle ergoté à la dose de quinze grains d'heure en heure, sans aucun succès sensible. L'utérus, fortement contracté, avait la grosseur du poing; la femme se trouvait bien; les lochies étaient rouges, sans mauvaise odeur; l'orifice de la matrice était tellement étroit, qu'à peine pouvait-on y introduire le doigt indicateur. Pendant l'exploration, le cordon ombilical et un lambeau des membranes long de cinq pouces se détachèrent et furent extraits. On continua l'usage du seigle ergoté; mais bientôt on l'abandonna à cause du dégoût qu'il provoqua; il n'y eut point de douleurs, et rien ne sortit par le vagin. Dans la nuit du quatrième jour, une fièvre de lait modérée se manifesta; les lochies restèrent peu copieuses, pâles, non fétides; l'orifice de la matrice se ferma complètement, et la femme alla de mieux en mieux. Sept semaines après, les règles reparurent, revinrent encore trois fois, puis la femme se trouva de nouveau enceinte, et accoucha heureusement et à terme d'un enfant fort et vivant. L'arrière-faix ne tarda pas à se présenter. (*Heidelberger klinische Annalen*, t. VII, 3.e cah. 1831.)

Pharmacologie.

Cause des variations de l'action obstétricale du seigle ergoté ; *par MM. Boettcher et Kluge*. — Les propriétés obstétricales du seigle ergoté sont encore tellement controversées, qu'on doit accueillir toutes les observations qui peuvent fixer l'opinion des praticiens sur le degré d'efficacité de ce médicament. Voici de nouveaux faits qui pourront contribuer à éclairer ce point de thérapeutique.

M. Boettcher, pharmacien à Menselwitz, dans le duché d'Altenbourg, ayant pensé que la diversité d'action de ce médicament pouvait dépendre de l'époque à laquelle on le recueillait, en a récolté lui-même une certaine quantité *avant* et *après* la moisson, ensorte que, dans le premier cas, il enleva les grains de l'épi encore implanté dans le sol, tandis que, dans le second cas, il les ramassa dans l'aire où l'on battait le seigle. Il adressa les produits séparés de ces deux récoltes au ministère de l'instruction publique à Berlin, qui le remit au docteur et conseiller Kluge, médecin en chef de l'hospice de la Maternité. Le médicament fut administré à quinze femmes seulement, la quantité ne permettant pas de l'employer sur un plus grand nombre.

Pour que le seigle ergoté ne pût produire aucun effet fâcheux sur la mère et sur l'enfant, le docteur Kluge eut soin de ne l'employer que lorsqu'il y avait déjà un commencement de dilatation du col utérin, que le bassin était bien conformé, et que l'enfant était placé dans une position avantageuse, circonstances dans lesquelles seulement on obtient un succès constant de l'emploi de ce médicament. Voici le résultat de ses expériences comparatives.

1.° L'action du seigle ergoté récolté *avant* la moisson a été très-énergique, tandis que celle du seigle qu'on avait recueilli *après* a été nulle; 2.° dans beaucoup de cas, l'usage du premier rend inutile l'emploi du forceps, particulièrement lorsque l'insuffisance des forces résulte d'une atonie réelle, ou d'une contraction spasmodique du col; 3.° le seigle ergoté recueilli avant la moisson jouit de la propriété de prévenir l'hémorrhagie utérine, et si l'application du forceps a été nécessaire dans certains cas où les douleurs avaient entièrement cessé, ce médicament peut être opposé avec avantage à la perte de sang qui survient quelquefois alors avec abondance; 4.° la dose est de 30 à 60 grains qu'on administre par dix grains, de dix minutes en dix minutes.

Les expériences du docteur Kluge ont donc confirmé les conjectures de M. Boettcher, et peuvent expliquer la diversité d'opinions qui existe sur les propriétés obstétricales du seigle ergoté. La manière de le conserver exerce aussi une influence réelle sur son efficacité. On sait que le docteur Ryan, de la Société de médecine de Londres, a reconnu que, lorsque ce médicament reste exposé à l'air, il perd toutes ses qualités,

tandis qu'il peut être encore très-actif deux ans après sa récolte, si l'on a eu soin de le tenir dans des flacons bien hermétiquement fermés. (*Allgemeine medicinische Zeitung*; 10 novembre 1832.)

Analyse chimique du seigle ergoté; *par A. A. L. Wiggers.* — Les expériences faites par l'auteur lui ont appris que le seigle ergoté contient en grande quantité une huile grasse, une matière végéto-animale tellement susceptible de se décomposer, qu'elle dégage de l'ammoniaque par sa seule distillation avec l'eau; enfin, une matière colorante particulière. Dans cent parties de seigle ergoté, M. Wiggers a trouvé :

Huile blanche, grasse	35,0006
Matière grasse, assez molle, cristallisable, blanche, de nature particulière	1,0456
Cérine	0,7578
Matière fongueuse	46, 862
Ergotine	1,2466
Osmazôme végétale	7,7645
Sucre du seigle ergoté	1,5530
Matière extractive gommeuse, azotée, combinée avec un principe colorant rouge	2,3250
Albumine végétale	1,4600
Phosphate acide de potasse	4,4221
Phosphate de chaux avec quelques traces de fer	0,2922
Silice	0,1394
	102,1930

On sait que l'osmazôme végétale ne se rencontre que dans les champignons; on peut donc conclure de sa présence ici, que l'ergot du seigle appartient à cette classe de végétaux. Au reste, de toutes les substances contenues dans le seigle ergoté, l'eau ne dissout que l'osmazôme, le phosphate de chaux et la matière extractive gommeuse; la propriété spéciale de ce médicament résiderait donc dans l'osmazôme. En effet, on a observé très-souvent que la décoction de seigle ergoté était très-active. Les expériences de M. Wiggers prouvent que les effets malfaisans du seigle ergoté sont dus entièrement à l'ergotine qui est insoluble dans l'eau. L'osmazôme donné à plusieurs animaux, n'a produit aucun effet. (*Allegmeine medicinische Zeitung*, 14 novembre 1832.)

Préparation de l'hydro-ferro-cyanate de quinine; *par le professeur Gallicano Bertazzi, de Crémone.* — En 1831, M. Brutti proposa d'employer, pour combattre les fièvres intermittentes, l'hydro-cyanate de quinine; M. Pezzina prépara ce médicament, et plusieurs essais furent tentés et suivis de résultats assez avantageux. Mais comme ce sel se décompose avec la plus grande facilité, M. Cerioli imagina de lui substituer l'hydro-ferro-cyanate de quinine. Dans le n° de décembre 1832 des

Archives, nous avons donné un extrait des expériences de ce médecin. A sa demande, M. Bertozzi s'est occupé de rechercher le procédé le plus convenable pour préparer ce sel triple. Voici celui qu'il recommande :

On prend une partie de sulfate de quinine réduit en poudre impalpable dans un mortier de verre ; on y mêle une partie et demie d'hydro-cyanate de potasse ferrugineux dissous dans six ou sept parties d'eau distillée. On agite avec soin ce mélange dans le mortier et on l'introduit dans une fiole de verre qu'on chauffe doucement jusqu'à l'ébullition, en l'agitant de temps en temps. La liqueur s'éclaircit peu à peu et on voit se précipiter au fond et sur les parois de la fiole une substance d'un jaune-verdâtre et de consistence oléagineuse. On décante et on lave cette matière avec de l'eau dtisillée, pour séparer le sulfate de quinine qui a échappé à la décomposition, ainsi que l'hydro-cyanate de potasse ferruré et du sulfate de potasse qui ont pu y rester unis. Le lavage terminé et l'eau enlevée, on verse sur la matière qui reste de l'alcohol très-pur. Une température de 30 degrés Réaumur suffit pour opérer la dissolution. On filtre ensuite ; la liqueur qui passe se trouble, et par l'évaporation laisse une masse confusément cristallisée en aiguilles, dont le poids correspond aux trois quarts du sulfate de quinine employé.

L'hydro-ferro-cyanate de quinine ainsi préparé et desseché, est d'une couleur jaune-verdâtre et d'une saveur très-amère qui laisse d'abord reconnaître celle de la quinine et ensuite celle de l'acide hydro-cyanique. L'eau, surtout froide, le décompose en partie et donne lieu à la formation d'un sel soluble et d'un sel insoluble. Il est soluble dans l'alcohol, surtout lorsqu'il est bouillant, et l'eau le précipite de sa dissolution alcoholique. Les solutions alcoholiques précipitent en bleu par les sur-sels de fer et en blanc par l'ammoniaque. Une évaporation rapide de cette dissolution décompose le sel et il se dégage une légère odeur d'acide prussique. Ce sel se combine avec le sulfate de quinine et donne des cristaux de formes variées. Les acides sulfurique, nitrique, etc., le décomposent, et il se dégage une odeur d'amandes amères.

Le docteur Zaccarelli a employé cet hydro-ferro-cyanate de quinine dans un grand nombre de fièvres intermittentes à l'hôpital de Crémone, et les résultats qu'il a obtenus, viennent pleinement confirmer ceux de M. Cerioli. (*Annali Universali di medicina*, juillet 1832.)

Académie royale de Médecine. (Février).

Séance du 22 *janvier* 1833. — CAUSES DE LA PRÉSENTATION DE LA TÊTE, DANS L'ACCOUCHEMENT. — M. Paul Dubois donne lecture d'un travail intitulé : *Mémoire sur la cause de la fréquence des présentations céphaliques et sur les déterminaisons instinctives et volontaires chez le fœtus.* — L'auteur examine d'abord la question de savoir pourquoi, au terme ordinaire de la gestation et même quelque temps auparavant, le fœtus se trouve placé dans la matrice la tête en bas et modérément fléchie sur la poitrine. Il combat l'opinion des anciens, presque entièrement oubliée de nos jours, de la *culbute* que le fœtus était supposé exécuter du septième au huitième mois. Il passe ensuite à l'examen de l'opinion généralement admise aujourd'hui, que le poids de la tête du fœtus entraîne cette partie en bas, et que l'insertion du cordon ombilical à un point du corps plus rapproché du bassin que de la tête, en admettant que l'enfant se trouve suspendu à ce cordon, doit favoriser l'inclinaison de la tête en bas, comme il arrive au plateau le plus chargé d'une balance. M. Paul Dubois pense que d'abord il n'est pas exact de dire que le poids de la tête soit assez lourd pour la précipiter ainsi. En effet lorsqu'on plonge dans l'eau tiède des fœtus morts de divers âges, depuis le 4.ᵉ jusqu'au 9.ᵉ mois, après les avoir placés à l'aide de liens dans la position qu'ils affectent dans l'utérus, la tête ne gagne pas le fond plus rapidement que le reste du corps. Si l'expérience est faite dans une baignoire ordinaire, la chute étant plus lente à cause de la masse du liquide, on voit clairement toutes les parties descendre avec une égale rapidité, et si l'on a placé le fœtus horizontalement sur l'eau, il garde cette position jusqu'au fond ; le dos et les épaules sont les points qui ordinairement touchent les premiers le fond de la baignoire. D'un autre côté on conçoit qu'en partageant le corps du fœtus en deux moitiés, le poids de chacune doive se balancer à peu près ; car si le cerveau est très-volumineux, le foie qui ne l'est pas moins, les intestins remplis de méconium et la vessie qui contient de l'urine, lui font à peu près équilibre. Enfin le peu de capacité de la cavité de l'utérus et la petite quantité des eaux doivent encore affaiblir, loin de la favoriser, l'influence qu'on attribue à la pesanteur plus grande de la tête du fœtus.

M. Dubois combat ensuite la prétendue suspension de l'enfant par le cordon. A deux mois et demi et même avant cette époque le cordon est déjà plus long que le fœtus et l'œuf tout entier. Il faudrait dans

cette hypothèse que le placenta s'insérât toujours au fond de la matrice; et dans les cas où le cordon s'enroule autour du cou de l'enfant, le bassin devrait toujours se présenter à l'orifice utérin; or, on sait par expérience qu'il n'en est pas ainsi. Chez les femmes qui, en raison de circonstances particulières, gardent une position horizontale pendant presque tout le temps de leur grossesse, les présentations céphaliques ne sont pas moins fréquentes que chez les autres. Les anencéphales devraient toujours se présenter par le bassin; mais il n'en est pas ainsi et quoique pour eux la présentation de la tête soit moins fréquente que pour les fœtus bien conformés, la prépondérance du bassin n'est ici qu'accessoire, comme nous le verrons plus bas.

Si l'on admet l'influence de la pesanteur, il faut aussi de toute nécessité admettre qu'elle s'exerce surtout dans les premiers mois de la gestation, pendant lesquels les eaux de l'amnios sont plus abondantes et la tête du fœtus est plus développée proportionnellement. Or, c'est surtout avant le septième mois que les présentations céphaliques sont le moins fréquentes comparativement aux autres, comme le prouvent les résultats suivants obtenus à la Maternité.

	Enf. nés avant 7 mois.	Sommet.	Bassin.	Epaule.
1829	30	22	7	1.
1830	35	16	18	1.
1831	23	13	9	1.
1832	24	14	17	2.
	122	65	51	5.

Un dernier a été expulsé avec les membranes avant qu'on ait pu constater la position.

Ainsi, sur 121 accouchemens avant le 7e mois, 65 ont eu lieu par la tête, 51 par le bassin, et 5 par les épaules. Les naissances par l'extrémité pelvienne ont donc été dans la proportion de 4 à 5 ou de 16 à 20, tandis qu'à l'époque ordinaire, le 9e mois, la proportion est en général de 1 à 20.

Enfin chez tous les mammifères, quelle que soit la conformation de l'utérus, le fœtus se présente presque toujours par la tête, quoique l'inclinaison de l'organe vers la fin de la gestation soit opposée à celle de l'utérus de la femme. En examinant des fœtus de chats, de lapins, etc., on aperçoit de suite que la prédominance de l'abdomen chez les fœtus de quadrupèdes qu'on a admise pour rendre raison de ce fait, n'est pas réelle, et que la tête chez ces animaux est aussi développée que chez le fœtus humain.

De ces faits, l'auteur conclut que la position de la tête du fœtus dans la matrice n'est nullement déterminée par lois de la pesanteur. Il pense que les causes de cette position, « résident dans le besoin ou le désir que la nature a imprimé au fœtus d'être, à une certaine épo-

que de la grossesse, dans la situation où il se trouve, et dans une sorte d'action instinctive ou volontaire qui l'y amène quand il s'en est accidentellement éloigné. »

M. Dubois entre ici dans l'examen de la question de savoir s'il existe des déterminations instinctives ou volontaires dans la vie fœtale. On dit que le fœtus ne jouit que d'une vie végétative. L'auteur fait observer que si l'on n'accorde pas que les mouvemens de certaines parties des végétaux soient le résultat de déterminations spontanées de l'individu, on ne peut se refuser à les admettre comme tels dans les zoophytes dont l'existence est purement végétative. Si l'on allègue l'imperfection des organes du fœtus humain, il répond que certains animaux qui restent fœtus long-temps après leur naissance, tels que le têtard, la chenille, etc., n'en ont pas moins, malgré l'imperfection de leur organisation fœtale, des déterminations instinctives et volontaires qu'il est impossible de nier; ainsi le têtard nage avec rapidité à la poursuite de sa proie; la chenille file la coque dans laquelle elle se renferme, etc.

L'auteur, pour répondre à l'objection que le fœtus, soustrait aux agens extérieurs, n'en reçoit point d'impressions, examine les mouvemens de l'enfant renfermé dans l'utérus et les causes qui les déterminent. Il rappelle que l'application des mains sur l'abdomen de la mère, surtout avec pression, et que l'apposition du doigt sur la tête de l'enfant à travers l'orifice utérin, vers les derniers temps de la grossesse ou pendant l'accouchement, donnent très-souvent lieu à des mouvemens très-prononcés de ce dernier. D'un autre côté, on observe que les mouvemens du fœtus se répètent dans un très-grand nombre de cas, dans des conditions déterminées, telles que de grands changemens de situation de la mère, certaines attitudes, pendant l'intervalle des repas, surtout quand il est long. Enfin, quand pendant la grossesse ou le travail, le cordon ombilical se trouve comprimé, le fœtus semble témoigner, par des mouvemens répétés, le sentiment de gêne qu'il éprouve et la volonté qu'il a de s'y soustraire. Si la compression persiste, à ces mouvemens succèdent des efforts de respiration qui, suivant les circonstances, font pénétrer dans les poumons de l'air ou l'eau de l'amnios. A toutes ces preuves de l'existence de déterminations instinctives et volontaires chez le fœtus, viennent se joindre celles que fournissent les fœtus des animaux, telles par exemple que l'acte de l'oiseau qui, parvenu au terme de l'incubation, brise lui-même sa coquille pour sortir de l'œuf.

Quant à la cause intérieure qui provoque ces déterminations l'auteur avoue qu'elle lui est inconnue.

M. Paul Dubois combat ensuite quelques objections que l'on pourrait élever contre cette théorie. La plus importante est celle-ci : comment, si la position que le fœtus affecte dans l'utérus est le résultat d'une

détermination instinctive, les fœtus morts l'offrent-ils aussi bien que les fœtus vivans? Pour répondre à cet argument, il faut distinguer dans la grossesse trois époques, pendant lesquelles le fœtus peut être expulsé; la première comprenant du commencement du quatrième mois au commencement du septième; la seconde, le septième mois tout entier et la troisième les huitième et neuvième mois. On a vu plus haut que les fœtus vivans ou morts, qui sont expulsés avant le septième mois naissent presque aussi souvent par le bassin que par la tête; l'objection ne porte donc pas sur cette période; quand au fœtus mort pendant la troisième période, on conçoit qu'ils ont eu le temps de prendre leur direction, et qu'une fois prise cette direction n'a pu changer à cause du resserrement de l'utérus; cependant, la mort même aussi tardive, accroît beaucoup les chances de présention par le bassin, comme le prouvent les observations suivantes :

Sur 96 enfans morts dans cette troisième période, et nés à la Maternité, pendant les quatre dernières années, 72 présentaient la tête, 22 le bassin et 2 l'épaule. Le rapport entre les présentations pelviennes et les présentations céphaliques a été de 1 à 3 quarts.

Si le fœtus meurt pendant le septième mois, il y autant de chance pour une présentation que pour l'autre. Dans ces mêmes années, sur 46 enfans morts dans ces circonstances, 21 offraient la tête, 21 le bassin et 4 l'épaule. Ce résultat très-remarquable le devient encore plus, quand on le compare à celui des naissances d'enfans vivans dans la même période. En effet, sur 76 enfans nés vivans à sept mois, 61 vinrent par la tête, dix par le bassin et 2 par l'épaule. D'où il résulte qu'au septième mois les présentations pelviennes sont aux céphaliques pour le fœtus vivant, comme 1 est à 6, et pour le fœtus mort comme 1 est à 1. « Ensorte, dit l'auteur, qu'on ne saurait révoquer en doute l'influence de la vie, et par conséquent des déterminations instinctives sur la situation ordinaire du fœtus dans la matrice. »

On décide que ce mémoire sera inséré dans le recueil publié par l'Académie. La discussion est remise à la prochaine séance.

Séance du 29 janvier. — Après la lecture d'une correspondance insignifiante, le président annonce la détermination singulière qu'a prise le Conseil d'administration, que les mémoires lus à l'Académie ne seraient à l'avenir publiés, ni par extrait, ni à plus forte raison en entier, dans les journaux, sous peine de ne pas être insérés dans le recueil que l'Académie fait imprimer. Cette communication provoque une surprise générale. Des réclamations s'élèvent de toutes parts, et l'Académie décide que cette proposition sera renvoyée au Comité de publication pour l'examiner et en faire un rapport.

Position du fœtus dans l'utérus. — M. Virey lit un mémoire intitulé : *Remarques sur la position du fœtus dans l'utérus dans les diverses séries des animaux.* L'auteur combat l'opinion de M. Paul

Dubois qui attribue la position du fœtus la tête en bas dans la matrice à l'existence de déterminations instinctives. Il cherche à démontrer, par un examen détaillé de ce qui a lieu dans les différentes classes d'animaux, que la situation de l'embryon, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans les trompes ou l'oviducte, soit dans l'ovaire même, est la même dans tous les animaux, quelle que soit d'ailleurs la situation de l'utérus, c'est-à-dire que c'est toujours la tête qui se présente la première. Les exceptions à cette règle sont rares et ne font, selon M. Virey, que la confirmer. Il avance que, dans les animaux gemmipares et dans les végétaux eux-mêmes, cette loi générale se soutient, et il conclut de ses recherches que la position du fœtus est le résultat du plan général et primitif de l'organisation, et qu'il faut en exclure l'instinct, qui ne saurait agir sur des êtres qui ne sont pas encore fécondés; car, dit-il, l'instinct ne peut être où la vie n'est pas.

M. Paul Dubois répond à l'honorable membre en reproduisant succinctement la série des preuves qu'il a données dans son mémoire à l'appui de son opinion. Il pense que les exemples tirés des autres animaux et sur lesquels M. Virey insiste principalement, n'infirment en rien ses raisonnemens, et qu'il a d'ailleurs considéré la position de la tête d'une manière trop générale pour qu'on puisse le suivre; car cette position varie à différentes époques; mais qu'il arrive un temps où elle devient fixe. Il fait observer qu'en disant comme M. Virey, que le phénomène dont il s'agit dépend d'une disposition organique, et non de l'instinct on ne fait que substituer un mot à un autre. Il combat enfin l'assertion émise par M. Virey, qu'à toutes les époques de la gestation, le fœtus sort par la tête, en rappelant que sur cent vingt-un accouchemens avant le septième mois, il y a eu soixante-cinq présentations céphaliques et cinquante et une présentations pelviennes.

M. Velpeau pense que les expériences faites par M. Paul Dubois, en plongeant dans de l'eau des fœtus morts, pour prouver que la pesanteur de la tête ne l'entraîne pas vers le fond la première, imitent trop mal ce qui se passe dans l'utérus pour en tirer des conclusions contraires aux idées reçues. Il dit que, chez le fœtus âgé de six à sept mois, le cordon, qui a sept à huit pouces de long, ne suspend pas le fœtus, et que cette suspension n'a lieu que dans les premiers mois. Il fait voir ensuite que, d'après la division naturelle du fœtus en deux moitiés, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du cordon, la première l'emporte par son poids sans contredit sur la seconde, et que cet excès de pesanteur ne peut rester sans effet, aidé d'ailleurs par la forme ronde et la résistance de la tête dans les fœtus vivans, sur laquelle la matrice, en se contractant, agit avec plus d'efficacité, et qui doit nécessairement ainsi se porter vers le point vide. Chez le fœtus mort au contraire la tête est mollasse et plissée, ce qui ne lui permet pas d'obéir aussi bien à l'impulsion que lui communiquent les contrac-

tions utérines. Quant au calcul de chiffres présenté par M. P. Dubois, M. Velpeau annonce qu'il ne se rapporte pas avec les faits qu'il a lui-même observés sur une plus petite échelle à la vérité. Ainsi sur vingt-trois accouchemens avant le septième mois, cinq seulement ont eu lieu par les fesses. Enfin, quant à la théorie de M. P. Dubois, sur les déterminations instinctives du fœtus, il croit qu'elle rentre dans ces explications hypothétiques qui n'expliquent rien du tout.

M. Paul Dubois répond qu'en effet dans ses expériences, il n'a pas placé le fœtus dans des conditions tout-à-fait semblables à celles dans lesquelles il se trouve dans la matrice ; mais que ces conditions étaient beaucoup plus favorables pour que la tête se portât en bas. Il fait observer qu'il n'a pas dit que, vers le septième mois, le fœtus est suspendu par le cordon ; et que dans ses expériences, les fœtus n'étaient pas suspendus, mais posés à plat sur une grande masse de liquide. Deux de ces fœtus, arrivés au fond du vase, s'y sont tenus assis et la tête élevée. L'un d'eux, il est vrai, avait un peu respiré, mais l'autre n'avait pas inspiré un atôme d'air. Quant aux poids relatifs des deux moitiés du fœtus, bien qu'on ne les ait pas pesés exactement, on peut assurer qu'ils se font équilibre ; car si le fœtus est partagé en deux par le cordon, cela ne veut pas dire que ce dernier occupe juste le milieu du corps, et que l'on peut le partager plus naturellement en deux portions séparées par le diaphragme, dont l'une contient la tête et la poitrine et l'autre l'abdomen, le bassin et les membres inférieurs ; or ces deux portions se balancent. Pour ce qui est des différences dans les nombres respectifs des présentations observées par M. Velpeau, M. Dubois fait simplement remarquer que l'auteur a reconnu lui-même que ses calculs étaient faits sur une échelle trop petite. M. Dubois répond encore à quelques objections de M. Velpeau qui portent sur des points de moindre importance, après quoi M. Capuron prend la parole, et lit un mémoire tendant à réfuter le travail actuellement en discussion.

L'auteur, dans une argumentation rapide, reproduit la plupart des objections faites à M. P. Dubois. Il insiste surtout sur l'égalité de poids admise par son adversaire entre l'extrémité céphalique et l'extrémité pelvienne, qui n'est fondée, suivant lui, que sur une division arbitraire du corps du fœtus, et qui a forcé son auteur à comprendre le foie dans la moitié sous-diaphragmatique ; ce qui n'est pas exact. Il n'est pas exact non plus de dire que chez les anencéphales la présentation céphalique ne peut dépendre de la pesanteur de la tête puisque cette partie n'existe pas. Mais tout anencéphale, selon M. Capuron, a été primitivement hydrocéphale. M. Capuron établit ensuite une distinction de l'instinct qui porte l'enfant à prendre la position qui lui convient le mieux et l'instinct tout autre qu'admet M. P. Dubois, et qui serait une véritable prévision.

Quant aux mouvemens de gyration du fœtus à diverses époques, sur lesquels M. Dubois appuie son opinion, M. Capuron fait observer qu'ils n'ont lieu qu'avant la rupture des membranes, et que dans les cas contraires, ils sont impossibles; le fœtus est immobile et invariablement fixé. Il ne me reste plus, continue l'auteur, qu'à discuter le raisonnemment arithmétique par lequel M. P. Dubois cherche à prouver l'instinct du fœtus. Il a observé que les enfans morts venaient plus souvent par les pieds que par la tête, tandis que le contraire a lieu chez les vivans. Mais a-t-on bien examiné toutes les circonstances individuelles et hygiéniques où se trouvaient les mères? A-t-on eu égard à leur constitution, à leur tempérament, à leur régime, à leur santé, etc. C'est une bien aride, bien pauvre et bien pitoyable manière de philosopher en médecine que de compter les faits par chiffres. Il faut les peser; sans quoi on risque de n'avoir que des quasi-observations, des probabilités ou des vraisemblances et rarement des vérités positives. »

En définitive, M. Capuron pense que la position qu'affecte le fœtus dans la matrice est suffisamment expliquée par le danger plus grand que court le fœtus en présentant les pieds, à cause de la compression du cordon ombilical.

Séance du 5 février. — M. Jules Pelletan écrit à l'Académie pour lui annoncer qu'il vient d'entreprendre avec son père des recherches sur la pesanteur spécifique des diverses parties du fœtus. Il résulte de premières expériences faites sur un fœtus qui avait vécu quatre jours, que le poids de la tête l'emporte de près d'un vingtième sur le reste du corps, et que, en plongeant ce fœtus dans l'eau, la tête est tombée au fond la première. M. Paul Dubois fait observer que ce fœtus avait été malade, et que, outre l'air qui avait dilaté les poumons, des gaz avaient encore dilaté d'autres parties. Il ajoute qu'il a répété ses expériences à la Maternité devant MM. Pelletan père et fils, et que les résultats ont été absolument les mêmes que ceux qu'il a annoncés dans son mémoire.

Le président annonce la mort de M. Chantourelle, rapporteur de la commission de vaccine. M. Delens est élu pour le remplacer dans cette fonction.

Galvanisme dans la gastrite chronique. — M. Andrieux lit un travail intitulé : *Mémoire sur l'application méthodique du galvanisme dans le traitement de la gastrite chronique.* L'auteur pense que, si les antiphlogistiques et les toniques échouent fréquemment dans les cas de cette nature, c'est que la cause de la maladie est un affaiblissement de l'action nerveuse. D'après cette idée, il croit que le galvanisme, appliqué convenablement, est un moyen très-efficace pour combattre ces maladies.

Gymnastique médicale. — M. Pravaz, dans un mémoire fort étendu

examine la gymnastique considérée dans ses rapports avec l'orthopédie. Il établi d'abord, d'après des considérations puisées dans la physiologie, que tout traitement rationnel des difformités de la taille doit se baser sur trois indications principales : 1.° modifier profondément la constitution des sujets grêles et étiolés, chez lesquels se rencontrent le plus ordinairement les difformités de l'épine ; 2.° ramener les parties solides qui forment la charpente du corps humain à leur disposition normale par l'emploi temporaire et gradué d'une force prise en dehors des sujets ; 3.° les maintenir dans cet état en rétablissant l'antagonisme des puissances musculaires symétriques qui les meuvent. M. Pravaz cherche ensuite à démontrer que la gymnastique est un des moyens les plus efficaces que l'on possède pour atteindre ce but. Mais il fait observer qu'il importe de distinguer soigneusement, sous ce rapport, la gymnastique appliquée à la corroboration de l'organisme, lorsque la conformation est régulière, de celle que demande un état anormal de l'axe du squelette, et que si, dans le premier cas, on peut avec avantage appeler à des contractions simultanées les muscles congénères, puisque, leur symétrie et leur antagonisme subsistant intégralement, il ne peut résulter de leurs efforts aucun déversement vicieux des leviers auxquels ils se fixent, il n'en est pas de même lorsque la symétrie des parties correspondantes du squelette a été notablement altérée. Pour éviter les deux écueils de laisser péricliter la machine vivante du corps en la condamnant à l'inaction, comme on le fait dans les méthodes de traitement ordinaire, ou d'aggraver les vices de conformation en la faisant fonctionner hors des conditions naturelles de l'équilibre, M. Pravaz propose de choisir entre les exercices gymnastiques ceux qui rapprochent les parties homologues du système osseux de leur disposition symétrique, afin que les muscles congénères, agissant dans des conditions à-peu-près semblables, tendent vers cet antagonisme parfait qui peut seul maintenir, par une action réciproque, la régularité des formes. A la suite de ce précepte, l'auteur indique un grand nombre d'exercices nouveaux qui s'exécutent au moyen de divers appareils de son invention, et il décrit avec détails son lit mobile, à deux divisions, qui permet l'emploi simultané de l'extension passive du rachis et de l'exercice musculaire.

Séance du 12 février. — Fièvres muqueuses épidémiques. — M. Bousquet lit, en son nom et à celui de M. Cloquet, un rapport sur un mémoire de M. Bulloz, de Besançon, relatif à une épidémie de fièvres muqueuses qui a régné à Nesservilliers, département du Doubs. Cette maladie, qui a sévi sur une population pauvre, mal nourrie, mal logée, et détériorée par une température humide et froide, était caractérisée par des maux de gorge, des douleurs erratiques dans les membres, un sentiment de brisement, des taches miliaires à la peau, de petits ulcères à l'intérieur de la bouche et quelquefois dans les in-

testins. L'auteur pense que parfois cette fièvre devient contagieuse. Le rapporteur établit la différence qui existe entre cette maladie et les gastro-entérites vraies, avec lesquelles on la confond maintenant. Il insiste sur la nécessité de cette distinction ; car la saignée, nécessaire dans les cas de gastro-entérites, est mortelle dans la maladie qu'il examine, comme M. Andral l'a plus d'une fois observé. Quant au traitement que M. Bulloz a suivi, il n'a rien d'uniforme, et il l'a varié suivant les cas. Tantôt il a livré la maladie à elle-même; tantôt il a appliqué quelques sangsues ; tantôt, lorsqu'il y avait des signes de saburres, il a employé l'ipécacuanha uni à l'émétique ; enfin, dans les cas d'adynamie prononcée, il a eu recours au sulfate de quinine, à l'acétate d'ammoniaque, aux potions camphrées et aux vésicatoires. Pour combattre la complication vermineuse, il a employé la mousse de Corse, et surtout le semen-contrà, et un remède populaire, la décoction de suie, qui a produit les effets les plus avantageux. Conclusions : dépôt aux Archives et remercîmens à l'auteur.

Allaitement artificiel, bouts-de-sein. — M. Deneux commence la lecture d'un rapport sur un mémoire d'un pharmacien d'Orléans, relatif aux bouts-de-sein artificiels. Le rapporteur examine l'origine de ce genre d'instrumens qui remontent au XII.e siècle, les variations qu'on leur a fait subir, soit pour la matière dont ils ont été successivement formés, soit pour la forme. L'heure avancée empêche la continuation de cette lecture.

Séance du 19 février. — En vertu d'une lettre du ministre de l'instruction publique, l'Académie tire au sort le nom de quatre membres et d'un suppléant pris dans les sections de pathologie médicale et d'anatomie pathologique, pour remplir les fonctions de jurés dans le concours qui va s'ouvrir à la Faculté pour la chaire de clinique interne, laissée vacante par la mort de M. Leroux. Les membres désignés par le sort sont : MM. Petit, Ferrus, Récamier, Jadioux et Landré-Beauvais, suppléant.

Typhus. — M. Rochoux annonce que le typhus s'est déclaré dans le bagne de Toulon, comme il y a deux ans. Il est persuadé que ce bagne est trop petit et que les hommes y sont trop accumulés. Il voudrait que, au lieu d'améliorer la nourriture des forçats, on renouvelât de préférence l'air autour d'eux. Des renseignemens sur la symptomatologie de cette maladie seront demandés par l'Académie à ses correspondans de Toulon.

Bouts-de-sein. — M. Deneux achève la lecture de son rapport. Cette seconde partie est toute critique. Après avoir apprécié la valeur de cet instrument, valeur qui résulte de la matière plus ou moins douce, plus ou moins altérable, plus ou moins inodore, de la forme plus ou moins appropriée à la partie qu'il s'agit de protéger, le rapporteur, passant à la question particulière soumise à l'Académie, se prononce

pour les bouts-de-sein de M. Pâque, et leur donne la préférence sur ceux que fabrique M.me Breton. Son travail est terminé par un aperçu sur les biberons.

Séance du 26 février. — Typhus. — M. Kéraudren présente plusieurs mémoires sur l'épidémie de typhus qui règne au bagne de Toulon. Cette maladie offre beaucoup de ressemblance avec celle qui s'est manifestée dans la même localité il y a deux ans. Il pense, comme M. Desgenettes, que le défaut de flux et de reflux de la Méditerranée est une des causes de cette maladie, et qu'il faut y ajouter le curage du port auquel on travaille. M. Itard combat cette opinion, et avance que, dans certains ports de l'Océan, la stagnation des eaux est plus complète qu'à Toulon. M. Rochoux dit que, si le défaut de marée causait les épidémies, elles devraient exister toute l'année; les médecins de Toulon sont d'ailleurs d'accord sur ce point.

L'Académie va au scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne. M. Andral fils, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu.

Paraplégie. — M. Ollivier, d'Angers, lit un rapport sur une observation de paraplégie, avec suppression complète de l'excrétion urinaire et rectale, communiquée par M. Montesanto, de Padoue; affection qui date de 14 ans. Le malade avait fait plusieurs années auparavant une chute d'un lieu élevé; il n'y avait pas eu de fracture, mais une violente commotion de la moelle dont les symptômes ne disparurent qu'incomplètement, et furent suivis au bout de trois ans d'une paraplégie. Voici depuis 14 ans l'état de cet individu : il mange de tous les alimens, à l'exception des potages au bouillon et de viandes bouillies : il ne peut supporter le vin, et pourtant il prend 4 onces d'eau-de-vie dans les vingt-quatre heures. Après chaque repas il boit une grande quantité d'eau, et au bout de deux heures il éprouve le besoin d'en boire de nouveau pour déterminer le vomissement des alimens qu'il a pris, et qui sont rejetés de la sorte chaque jour de deux à cinq heures après le repas. Au bout de trente ou quarante jours, le malade ressent comme une boule qui remonte de l'estomac dans l'œsophage, et qui dure quatre heures, et auquel succède un vomissement considérable de matières fécales mêlées de sang. Dans toutes ces excrétions on n'a jamais trouvé la moindre odeur urineuse : tout annonce que la sécrétion de l'urine a cessé d'exister. Enfin, depuis le 5 mars 1829, les vomissemens de matières fécales n'ont plus reparu; ceux qui suivent chaque repas ont lieu maintenant plus tôt : néanmoins l'assimilation est très-active, car depuis cette époque le malade offre tous les symptômes d'une pléthore sanguine qui exige qu'on le soigne fréquemment. Le rachis ne présente aucune déviation, mais la pression développe de la douleur au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire. Le malade ne

peut rester autrement qu'assis, soutenu par des oreillers, et c'est ainsi qu'il dort quelques heures seulement. MM. Graefe et Jos. Frank ont examiné cet individu, et constaté les phénomènes singuliers qu'il présente. M. Ollivier, d'Angers, rappelle à l'Académie qu'un fait analogue lui fut communiqué en 1823, par M. Denis, de Commercy : à la suite de la paraplégie survenue aussi accidentellement, il y avait suppression d'évacuations alvines par l'anus, et de sécrétion d'urine. Le malade avait vécu 72 ans dans cet état. M. Ollivier pense que ces différens phénomènes résultent très-probablement d'un ramollissement chronique, d'une atrophie ou d'une compression de la moelle épinière, avec altération des vertèbres, qui aura déterminé consécutivement l'atrophie des reins, fait dont les expériences de Krimer avaient déjà laissé entrevoir la possibilité.

Académie royale des Sciences.

Séance du 28 janvier. — M. Grimaud écrit à l'Académie pour annoncer qu'il a substitué avec avantage le sulfate de cadmium aux préparations mercurielles. Il demande à répéter les expériences qu'il a faites à cet égard devant les membres de la Commission pour le prix Monthyon.

Respiration des insectes. — M. Dutrochet lit un mémoire ayant pour titre : *Du mécanisme de la respiration des insectes.* Cette fonction s'exécute toujours par le moyen des trachées qui transportent l'air respirable dans toutes les parties du corps. Cela s'observe chez les insectes aériens comme chez ceux qui habitent dans l'eau. Mais on conçoit sans peine que l'habitation de ces deux milieux apporte une différence tranchée dans le mécanisme par lequel l'air respirable s'introduit dans les trachées. Chez les insectes aériens, l'air entre dans les trachées et en sort par le fait d'une action musculaire comparable à celle qui a lieu dans la déglutition. Pour les insectes aquatiques, tantôt ils puisent l'air dans l'atmosphère, en venant respirer à la surface de l'eau, tantôt ils le puisent dans l'eau au moyen d'appareils qu'on a appelés *branchies*, quoiqu'ils diffèrent essentiellement des mêmes organes des poissons ; car les branchies des insectes sont des organes qui reçoivent l'eau chargée d'air respirable et en dégagent cet air pour le porter, par les trachées, dans toutes les parties du corps. Par quel mécanisme l'air dissous dans l'eau repasse-t-il à l'état élastique ? Telle est la question que M. Dutrochet s'est proposé de résoudre dans son mémoire. Il a pensé qu'il y parviendrait par l'étude de l'action réciproque de l'eau aérée et des différens gaz que contiennent les trachées des insectes.

L'auteur rappelle les expériences faites sur ce point par MM. Gay-Lussac et de Humboldt, et rapporte en détail celles qu'il a entreprises

pour compléter ces recherches. Voici les résultats auxquels il est arrivé. Toutes les fois qu'un mélange quelconque d'azote, d'oxygène et d'acide carbonique, renfermé dans une cavité à parois perméables, se trouve placé au milieu d'une eau qui tient de l'air en dissolution, il y a, à travers les parois de cette enveloppe, un passage des gaz de l'intérieur à l'extérieur, et réciproquement, passage qui ne s'arrête que lorsque la cavité ne contient plus que de l'oxygène et de l'azote dont les proportions constituent l'air atmosphérique.

Ces faits bien établis, l'auteur en fait l'application à la théorie de la respiration des insectes aquatiques qui respirent au milieu de l'eau. Tous sont pourvus de branchies, qui étant placées fort superficiellement, permettent aux gaz contenus dans leur cavité de communiquer avec ceux qui se trouvent dissous dans l'eau. L'échange peut donc se faire à travers leurs parois comme à travers celles de la vessie, dont M. Dutrochet s'est servi dans ses expériences, et même, toutes choses égales d'ailleurs, il devra se faire plus rapidement, puisqu'ici la forme en tuyaux fait que, pour un même volume, il y a beaucoup plus de surface, et par conséquent beaucoup plus de points où s'opère le passage.

Ajoutons que les mouvemens instinctifs de l'insecte renouvellent sans cesse le contact de l'eau aérée sur les branchies, de sorte que l'appareil se trouve comme s'il était placé dans l'eau courante, condition qui est la plus avantageuse pour la transformation des gaz intérieurs en air atmosphérique. Maintenant quel gaz doit se trouver dans les branchies? Le même qui se trouve dans le reste des trachées, c'est-à-dire de l'air privé en partie d'oxygène et chargé d'une portion d'acide carbonique. Or, un pareil mélange contenu dans des vaisseaux à minces parois qui plongent dans l'eau aérée, qui y sont incessamment agités et qui offrent, par rapport à leur volume, une très-grande surface, un pareil mélange, disons nous, doit, d'après les lois précédemment observées, subir une transformation dont la fin est de le changer en air respirable.

Ainsi, en même temps que, dans les trachées du corps, par un effet nécessaire de toute respiration, l'air se dépouille de son oxygène et se charge d'acide carbonique, dans les trachées des branchies il cède à l'eau l'acide carbonique qui, à la longue, le rendrait irrespirable, la partie d'azote qui peut être surabondante, et il prend au liquide ambiant une quantité d'oxygène égale à celle qu'il a perdue.

Ce n'est pas seulement dans les branchies des insectes aquatiques qu'on peut observer ce mécanisme. Le fait suivant, dont l'observation première est due à Réaumur, en offre un curieux exemple.

Sur les feuilles submergées du *potamogeton lucens* vit une chenille qui passe tout le temps de sa vie de larve et de chrysalide entièrement plongée sous l'eau, et cependant, comme son organisation est pour

vivre dans l'air, il faut qu'elle soit constamment environnée de ce fluide et tenue à l'abri de l'eau, dans laquelle elle se noierait. Elle se fabrique donc une coque de soie protégée en-dehors par des morceaux de feuilles de *potamogeton*. Cette coque est ouverte, et son intérieur contient de l'air, au milieu duquel vit la larve. Lorsqu'elle se métamorphose en nymphe, elle ferme complètement sa coque, qui continue à renfermer de l'air.

Quoique constamment submergé alors, l'animal vit dans l'air, et cet air ne cesse point d'être propre à la respiration, quoiqu'il n'éprouve aucun renouvellement apparent. On voit que, dans ce cas, les parois perméables de la coque de soie doivent, comme celles de la vessie dans les expériences de l'auteur, laisser passer, de l'extérieur à l'intérieur, la portion d'oxygène nécessaire, en même temps qu'elles permettent la sortie du gaz acide carbonique et de l'azote qui se trouverait en excès.

Séance du 4 février. — Hermaphrodisme. — M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire présente un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Recherches anatomiques et physiologiques sur l'hermaphrodisme anormal chez l'homme et les animaux.* L'auteur considère l'appareil générateur dans son ensemble, comme formé de six segmens principaux qui, dans beaucoup de circonstances se montrent indépendans les uns des autres, savoir du côté droit et du côté gauche, Ce sont : 1.° et 2.° des organes *profonds* (ovaires, ou testicules et leurs dépendances) ; 3.° et 4.° des organes *moyens* (matrice ou prostate et vésicules séminales et leurs dépendances) ; 5,° et 6.° des organes *externes* (clitoris et vulve ou pénis et scrotum). Les faits que l'auteur rapporte établissent l'indépendance de ces six segmens et font voir qu'il n'est aucun d'eux qui ne puisse présenter des caractères sexuels inverses de ceux de tous les autres. Ces six segmens correspondent à six ordres de vaisseaux différens ; les profonds aux artères spermatiques, les moyens aux branches des hypogastriques et les profonds à des rameaux des iliaques externes. M. Geoffroy divise les cas nombreux d'hermaphrodisme en deux grandes classes : hermaphrodisme sans excès et hermaphrodisme avec excès. Il subdivise la 1.re classe en quatre groupes, savoir : 1.° *Hermaphrodisme masculin*, appareil générateur essentiellement mâle ; 2.° *hermaphrodisme féminin*, appareil essentiellement femelle ; 3.° *hermaphrodisme neutre*, appareil sans sexe déterminé ; 4.° *hermaphrodisme mixte*, appareil présentant un mélange réel des deux sexes. Il admet trois subdivisions dans la seconde classe : 1.° *Hermaphrodisme masculin complexe ;* 2.° *hermaphrodisme féminin complexe ;* et 3,° *hermaphrodisme bisexuel.* M. Geoffroy passe ensuite en revue ces différens genres.

Des faits et des observations contenus dans son mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes :

L'hermaphrodisme parfait, dans le sens anatomique du mot, n'a

jamais été observé. Les cas les plus complexes sont ceux où il existe de doubles organes profonds et moyens, les uns mâles, les autres femelles; mais jamais des appareils sexuels externes mâles et femelles n'ont été observés, et en effet le pénis et le clitoris, à cause de leurs rapports avec les divers os du bassin ne pourraient coexister sans une perturation grave de toutes les connexions.

Quant à l'hermaphrodisme parfait dans le sens physiologique du mot, sa possibilité est incontestable chez les animaux, tels que les poissoos, qui ont les deux moitiés de l'appareil sexuel très-séparées l'une de l'autre dans l'état normal, et chez lesquels il n'y a pas d'accouplement.

La fréquence de l'hermaphrodisme en généal, et de chaque genre d'hermaphrodisme en particulier est très-différente suivant les groupe s d'aoimaux; ainsi, chez l'homme les hermaphrodismes masculins et féminins, les premiers surtout, sont très-peu rares.

« Sous le rapport de la médecine légale, il me suffit d'indiquer ici, continue l'auteur, l'insuffisance des préceptes qu'ont donnés les auteurs pour la détermination du sexe dans los cas douteux; préceptes qui n'ont paru exacts que parce qu'on n'avait distingué qu'un très-petit oombre des combinaisons que présente la nature. Cette difficulté de déterminer le sexe est la conséquence de ce fait général que, tandis que les organes internes varient presqu'à l'infini en nombre, en structure et en disposition, les externes conservent leur nombre normal, et les modifications qu'ils présentent sous les autres rapports, étant intermédiaires entre le sexe mâle et le sexe femelle, se trouvent renfermées dans des limites assez étroites. Il est donc impossible qu'à chacune des combinaisons spéciales des organes internes puisse correspondre une disposition particulière des organes externes. »

Enfin, l'auteur fait remarquer que la législation admettant seulement deux grandes classes d'individus auxquels elle imposo des devoirs, et accorde des droits différens et souvent inverses selon leur sexe, n'embrasse pas véritablement la totalité des cas; car il est des sujets qui n'ont réellement aucun sexo; tels sont les hermaphrodites neutres et les hermaphrodites mixtes par superposition, et d'un autre côté certains individus, les hermaphrodites bisexués, qui présentent les deux sexes réunis au même degré.

Séance du 18 *février*. — Urines lumineuses. — M. Vallot, de Dijon, adresse une note sur les urines lumineusos signalées pour la première fois par Reiselius et par Pettenkover. Il fait observer d'abord que ces médecins ne disent pas, comme on pourrait le croire d'après la traduction française de leurs écrits, que le jet de l'urine lui-même soit lumineux, mais seulement qu'on vit de la lueur sur la terre que l'urine avait humectée. M. Vallot attribue ce phénomène à une espèce de mille-pieds, la *scolopendre électrique*, sur laquelle l'urine tom-

bait et il s'appuie sur des expériences faites en 1828 à Dijon, et d'où il résulte qu'au moment où de l'urine récente frappe sur un de ces animaux, il répand une belle lueur bleue-verdâtre qui dure environ 50 secondes. Il pense que le phénomène pourrait encore être expliqué par la présence de vers de terre sur lesquels l'urine tomberait pendant la phosphorescence de ces animaux. Il cite enfin le fait suivant observé par M. Tilloy. Ce pharmacien, pour savoir à quoi s'en tenir sur les effets des préparations de phosphore administrées à l'intérieur, fit avaler à un chat deux gros de cette substance. Il y réussit en plongeant dans l'eau des cylindres de phosphore, et en les portant ensuite très-rapidement au fond du pharynx. L'animal n'en parut nullement incommodé; le phosphore n'éprouva aucune décomposition; il parcourut le tube digestif, sans causer de lésion apparente, et le lendemain il fut rendu avec les excrémens qui manifestèrent une phosporescence très-marquée. Ces excrémens traités par l'eau chaude ont donné une quantité de phosphore presque égale à celle qu'on avait employée pour l'expérience.

Séance du 25 février. — Timbre de la voix. — M. Bennati annonce qu'il s'est occupé d'expériences, desquelles il résulte que le timbre de la voix dépend principalement de l'état où se trouve la membrane pharyngo-laryngienne, et que toutes les fois que, sans qu'il y ait aucun changement dans la forme du tuyau vocal, la membrane qui le revêt est dans un état pathologique, le timbre est altéré. M. Bennati annonce une lecture prochaine sur ce sujet, s'il peut obtenir la parole.

Vomissement chez les ruminans. — M. Flourens lit un mémoire intitulé : *Expériences touchant l'action de l'émétique sur les animaux ruminans.* Dans un mémoire précédent, l'auteur a établi, à l'aide de nombreuses expériences, que le vomissement propre des ruminans diffère essentiellement du vomissement des autres animaux, en ce qu'au lieu d'être comme celui-ci une réjection confuse en masse, il constitue au contraire une réjection qui ne s'opère que par portions réglées et détachées. Le nouveau mémoire de M. Florens a pour but de montrer que ces deux sortes de vomissemens dépendent d'estomacs différens, et d'arriver par là à une explication de ce fait si singulier, que les animaux qui régurgitent le plus aisément, ne vomissent qu'avec une extrême difficulté ou même ne vomissent pas du tout. Après avoir rappelé les expériences de Daubenton, de Gilbert et de M. Huzard, il expose celles auxquelles il s'est livré. Nous ne pouvons nous y arrêter ici; nous nous bornerons à reproduire les conclusions qu'il en a tirées. Des faits et des observations contenus dans son mémoire, l'auteur conclut; 1.° que l'émétique produit sur les moutons les mêmes effets généraux, c'est-à-dire la même action excitatrice de toutes les puissances qui provoquent ou déterminent le vomissement qu'il produit sur les animaux ordinaires; 2.° que parmi les divers estomacs des

ruminans, c'est sur la caillette, c'est-à-dire sur celui-là seul qui, par ses fonctions comme par sa structure, répond à l'estomac simple des autres animaux que l'émétique porte son action ; 3.° que c'est à la disposition particulière et tout opposée de cet estomac par rapport à ceux de la régurgitation que tiennent d'une part, la facilité que les ruminans ont de régurgiter, c'est-à-dire de rejeter ou de ramener à la bouche les matières contenues dans les deux premiers estomacs, et de l'autre la difficulté qu'ils ont de vomir, c'est à-dire de rejeter ou de ramener à la bouche les matières contenues dans le quatrième estomac. Si l'on se rappelle que ce quatrième estomac est celui où se fait la conversion définitive de l'aliment en chyme, celui qui contient les matières ruminées, les matières qui, par conséquent, ne doivent plus revenir à la bouche, tandis que les deux premiers estomacs au contraire sont ceux où l'aliment ne subit qu'une certaine préparation, ceux qui ne contiennent que les matières non-ruminées, les matières qui, par conséquent, doivent revenir à la bouche, on verra tout de suite pourquoi tout devait être disposé pour rendre aisée la réjection des deux premiers estomacs, et très-difficile celle du quatrième. Sans cette disposition, en effet, les matières ruminées contenues dans le quatrième estomac eussent été constamment mêlées, confondues et ramenées à la bouche avec les substances non-ruminées, confusion qui eut été un obstacle à l'acomplissement du but que la nature s'est proposé d'atteindre par l'acte de la rumination.

VARIÉTÉS.

Prix proposé par la Société de Médecine de Caen.

« Déterminer d'après des faits et appuyer sur des observations cliniques, les résultats locaux, sympathiques et généraux de l'action des purgatifs ; préciser les états pathologiques locaux et généraux dans lesquels leur usage est indiqué ; ainsi que les avantages et les inconvéniens qui résultent de leur emploi et de leur abus, dans leurs différens degrés d'activité.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

Les mémoires, écrits lisiblement, seront adressés francs de port, et avec les formes habituelles des concours, avant le 1.er avril 1834, à M. Lafosse, secrétaire de la Société.

Les membres résidens sont seuls exclus du concours.

BIBLIOGRAPHIE.

De la Fréquence du pouls chez les aliénés, etc.; par MM. Leuret et Mitivié. *Paris*, 1832, *in*-8.° *Broch.*

MM. Leuret et Mitivié ont exploré le pouls d'un certain nombre de femmes aliénées incurables. Leurs explorations ont été répétées en été et en automne; elles ont duré chaque fois 28 jours (Une minute chaque matin.)

Pendant l'été, le nombre moyen de toutes les pulsations varie d'un jour à l'autre, et il est tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la moyenne générale des 28 jours. Le pouls de chaque aliénée, comparé à la moyenne de ses propres pulsations, comptées pendant 28 jours, est chaque jour tantôt plus, tantôt moins élevé que cette moyenne.

L'intensité de la chaleur apporte des changemens dans l'état du pouls. Le plus souvent le nombre des battemens augmente lorsque la température s'élève, et il diminue lorsqu'elle s'abaisse; mais quelquefois on observe un résultat absolument opposé.

La lune ne paraît point exercer d'influence positive sur la marche du pouls des aliénées, et ses phases n'augmentent ni ne diminuent la violence du délire.

L'influence de la pesanteur de l'air, de son état électrique et hygrométrique sur les mouvemens du pouls, reste encore à déterminer.

La plus grande fréquence du pouls a été observée sur une personne jeune, mais en général la moyenne proportionnelle des pulsations est plus élevée chez les aliénées avancées en âge que sur celles qui sont encore jeunes.

Le pouls bat avec plus de fréquence sur les vieillards que sur les adultes. A 21 ans, on compte 65 pulsations par minute; on en compte 74 sur les sujets qui ont atteint leur 71.e année.

La fréquence du pouls varie suivant le genre de délire; les femmes hallucinées, avec ou sans monomanie, ont le pouls le plus fréquent. Les pulsations sont plus nombreuses sur les maniaques que sur les monomaniaques; le pouls le plus lent s'observe sur les folles qui sont en démence.

La faiblesse musculaire, l'état général de maigreur, semblent favoriser la fréquence du pouls, et aux approches de l'époque menstruelle le nombre des battemens artériels augmente chez quelques malades.

Pendant l'hiver le nombre moyen des pulsations du pouls des aliénées est moins élevé qu'en été. D'un jour à l'autre la marche

du pouls ne coïncide plus avec les changemens dans la température, au moins sur la plupart des sujets.

L'hiver, en diminuant la fréquence du pouls, agit avec plus d'énergie sur les personnes vieilles; et dans cette saison le nombre des pouls fréquents est plus considérable sur les aliénées jeunes que sur celles qui sont avancées en âge.

En hiver comme en été, chaque espèce de folie exerce la même influence sur le nombre des pulsations. Il en est de même de l'état de maigreur et de l'époque qui précède les menstrues, mais l'action de la lune n'est pas appréciable.

Sur quatre femmes non aliénées, la moyenne de la pesanteur spécifique du cerveau, comparée à la pesanteur de l'eau, est 1,028.

Sur quatre femmes qui ont succombé dans un état de délire aigu, moyenne proportionnelle de la pesanteur du cerveau, 1,030. Sur quatre monomaniaques, 1,034. Sur six maniaques, 1,031. Sur dix femmes affectées de démence, 1,032. Moyenne proportionnelle générale, 1,032. D'où il faut conclure que le cerveau des aliénés est plus pesant que celui des sujets doués de raison.

Les recherches dont nous venons de donner un rapide aperçu offrent le modèle d'une sévérité consciencieuse. Les déductions des auteurs ne sont pas poussées au-delà de ce qu'enseignent les faits, et en général elles nous semblent justes. Quant à la fixité des résultats, nous pensons qu'elle offre peu de solidité. En multipliant, en variant les expériences à différentes heures, dans la même journée, dans la même saison, il est douteux qu'on obtienne les mêmes moyennes proportionnelles. Par sa nature l'ouvrage nous inspire quelque défiance, mais il n'est pas possible de se méprendre sur le talent de ses auteurs.

Remarks on the history and treatment of delirium tremens. — Remarques sur l'histoire et le traitement du *delirium tremens*; par John Ware, D. M. — Boston, 1831, 61 pages. (*Extr. des Transact. of the Massachusett's society.*)

En médecine, la vérité se découvre et s'établit avec plus de peine que dans toute autre science; pour y arriver, il faut marcher à travers une longue et presque interminable série de faits, et il ne suffit pas que ces faits soient nombreux et bien observés, il faut encore qu'ils soient le résultat des recherches d'un grand nombre d'individus. Pénétré de cette vérité, le docteur Ware n'a point hésité à ajouter ses observations et ses remarques sur le *delirium tremens* à celles qui existaient déjà sur le même sujet. Peu de praticiens ont été dans le cas d'observer aussi souvent que lui cette maladie peu commune, du moins en France; il en a donné dans sa monographie une description extrê-

mement exacte et détaillée. Mettant de côté tous les ouvrages publiés sur le *delirium tremens*, faisant abstraction de toute opinion émise avant lui, soit sur la pathologie, soit sur la thérapeutique de cette affection, il s'est livré à une observation consciencieuse des cas nombreux qui se sont offerts à sa pratique. Aucun détail, dans les phénomènes nerveux qui constituent la maladie dans ses causes, dans son traitement, ne lui a échappé; il a essayé successivement tous les moyens thérapeutiques qui lui ont été suggérés par la pratique des autres médecins ou par sa propre imagination, et il a été amené à des conclusions qui ne sont pas d'accord en tous points avec les idées le plus généralement reçues, mais qui cependant méritent la plus grande attention, car son ouvrage porte le cachet de la sincérité et de la bonne observation.

Comme le *delirium tremens* est une maladie bien connue, bien décrite par plusieurs auteurs, à laquelle il est difficile de refuser une place distincte dans le cadre nosologique; et comme d'ailleurs la description du docteur Ware ne renferme rien qui soit en opposition avec celle des autres pathologistes, je ne m'arrêterai point sur la partie de l'ouvrage qui traite des symptômes; elle est un peu longue, mais elle est complète, et j'y renvoie tous ceux qui désirent suivre la maladie dans toutes ses phases, et avoir les notions les plus étendues sur son caractère propre.

Je disais tout-à-l'heure que le *delirium tremens* est une maladie peu commune; le docteur Robert a publié dans la *Gazette médicale de Paris* (16 octobre 1832), une observation de *delirium tremens*, et il dit que c'est la seule qu'il ait rencontrée depuis plus de quarante ans qu'il exerce la médecine en qualité de chef dans les hôpitaux tant civils que militaires. On prétend qu'en Angleterre cette maladie est plus fréquente, et ce plus haut degré de fréquence coïncide avec un plus grand abus des liqueurs fermentées dans ce pays que dans le nôtre. Le docteur Ware, qui pratique en Amérique, a observé cent quatre-vingt-dix cas dans l'espace de quatorze ans, ce qui n'est pas beaucoup, comparativement avec l'immense majorité des maladies qui affligent l'espèce humaine.

Léveillé avait avancé que le *delirium tremens* reconnaît toujours pour cause l'ivrognerie; mais plusieurs auteurs, et notamment M. Roche, ont soutenu qu'il pouvait en reconnaître quelques autres. Quoi qu'il en soit, il résulte de l'ouvrage du docteur Ware, que, si l'abus des liqueurs fortes n'en est pas la cause unique, au moins est-elle la plus fréquente de beaucoup. Un ivrogne, dit M. Ware, ne peut être atteint d'une maladie, quelle qu'elle soit, sans être sous l'imminence d'une attaque de *delirium tremens*; si, à cette opinion respectable, nous ajoutons cette considération que la maladie en question est assez rare en France où l'ivrognerie est peu commune, et se pré-

sente souvent dans des pays où l'abus des liqueurs est plus répandu, on pourra se fixer sur l'étiologie du *delirium tremens*.

Le docteur Ware divise le *delirium tremens* en quatre classes :

1.° Celui qui survient à la suite d'un excès, chez une personne du reste bien portante et non adonnée aux liqueurs alcoholiques. C'est l'espèce la moins grave, elle n'exige aucun traitement ; l'accès se dissipe de lui-même ; et, d'après le docteur Ware, les médicamens et notamment l'opium ne le diminuent jamais ; au contraire, ce dernier semble aggraver les accidens.

2.° Le *delirium tremens* se déclare spontanément chez les hommes habitués depuis long-temps à l'ivrognerie et sans être précédé d'aucun excès ; celui-ci est plus grave, ce n'est plus un accident, mais une maladie véritable.

3.° Le *delirium* peut compliquer une autre maladie, survenir après une blessure, etc.

4.° Enfin il peut, dans le cours d'une affection aiguë ou chronique, se présenter sous forme périodique, au moment de l'exacerbation de la maladie qu'il complique. — On ne voit pas bien à quoi peut servir cette quatrième division qui rentre dans la précédente.

C'est surtout sous le rapport de la thérapeutique que l'ouvrage qui nous occupe mérite l'attention. A quelques exceptions près, les médecins s'accordent pour prescrire les émissions sanguines et conseiller l'usage de l'opium ; le docteur Ware réhabilite les premières, et n'accorde aucune propriété avantageuse au second. Il conseille la saignée générale dans le *delirium tremens*, pour le prévenir ou au moins pour le modifier d'une manière favorable, et la saignée locale quand l'accès s'est établi, et suivant les symptômes. Du reste, parmi les malades qu'il a eu occasion d'observer, un grand nombre ont été livrés à leurs propres forces, aucun médicament n'a été employé, et la maladie n'a été ni plus longue, ni plus grave que chez ceux que l'on a soumis à un traitement actif, et en particulier à l'usage de l'opium. Dans tous les cas analogues, avec ou sans traitement, les phénomènes se sont succédés de la même manière ; tout a été semblable jusqu'à la terminaison, et la mort n'est survenue que là où il y avait complication de quelque maladie aiguë ou chronique. Dans l'observation citée plus haut, du docteur Robert, de Langres, le malade a été traité par l'opium, et le médecin attribue la guérison à ce médicament ; mais en examinant cette observation avec attention, on voit que la maladie a suivi son cours en dépit du traitement, et l'on est porté à penser, comme le docteur Ware, qu'elle se serait comportée de la même façon lors même qu'elle eût été abandonnée à elle-même. Les émissions sanguines et la méthode expectante n'appartiennent pas en propre au docteur Ware, car M. Esquirol traitait avec un succès complet les femmes qui étaient conduites à la Salpêtrière pour le *delirium tremens*, par

les boissons aqueuses, quelques jours de diète, et une ou deux saignées du bras quand la malade était forte et pléthorique.

En résumé, il résulte de l'ouvrage du docteur Ware, que le *delirium tremens* est une affection assez rare; qu'il a presque toujours pour cause l'abus des liqueurs alcoholiques; qu'il n'a aucune gravité par lui-même, et qu'il n'est dangereux que par les complications, et notamment par celle d'une affection cérébrale, laquelle se manifeste ordinairement par des convulsions; qu'un accès dure de 60 à 72 heures, et ne peut être arrêté par aucun moyen; que les émissions sanguines sont utiles pour prévenir l'accès ou le rendre moins violent, et qu'on doit les employer avant l'explosion ou au début; que l'opium, qui peut être nuisible quelquefois, n'est presque jamais utile; que les autopsies n'ont encore rien appris sur la nature de la maladie; enfin que la médecine expectante est la meilleure, sauf à traiter à part les complications. G. R.

Archives de Botanique, ou *Recueil mensuel de mémoires originaux, d'extraits et analyses d'ouvrages, documens et avis divers concernant cette science; rédigées par une Société de Botanistes français et étrangers, sous la direction de M.* J. A. Guillemin, *D. M.* (1).

Depuis le *Journal de Botanique*, publié par M. Dewaux, et qui avait cessé de paraître en 1815, il n'existait aucun recueil périodique consacré spécialement à cette science dont les progrès ont été si rapides dans le cours de ces dernières années. Cette absence se faisait vivement sentir surtout en ce qui concernait les découvertes et les publications faites à l'étranger. M. Guillemin, connu par des travaux particuliers sur la botanique et par sa collaboration au *Bulletin des Sciences Naturelles*, a entrepris le recueil périodique que nous annonçons et qui comprendra non-seulement les mémoires originaux des botanistes français et étrangers, mais encore un bulletin bibliographique très-étendu où il sera rendu compte de toutes les publications modernes. L'histoire naturelle médicale ne sera pas négligée dans ces Archives, et on y signalera l'origine des substances que le règne végétal fournit à l'art de guérir, ainsi que les analyses chimiques et autres renseignemens. Deux livraisons viennent de paraître. Parmi les mémoires originaux, nous y avons remarqué un mémoire posthume de L. C. Richard, accompagné de trois belles planches, sur la famille des Aroïdées; le mémoire de M. Mirbel lu récemment à l'Institut, sur l'organisation primitive des végétaux; enfin plusieurs autres écrits dus à MM. Auguste de Saint-Hilaire, R. Brown et C. Montagne. Le Bulletin bibliographique donne l'analyse d'un grand nombre d'ouvrages publiés tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne, en Russie et en Italie.

---

(1) Les *Archives de Botanique* paraissent régulièrement le 1.er de chaque mois, par cahiers de 6 feuilles d'impression in-8. avec planches. Le prix de l'abonnement est de 30 fr. par année pour Paris, et de 35 fr. pour les départemens. S'adresser au bureau du journal, rue Montmartre, n.° 196, ot chez MM. Béchet, Levrault, Treuttel et Würtz, et Mercklein, libraires à Paris.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1833.

Recherches expérimentales sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire; par M. EDWARDS, *membre de l'Institut, et M.* BALZAC, *D. M.*

Il est des questions d'utilité pratique d'un aussi haut intérêt, pour les savans, que des recherches de théorie élevée. C'est une question de cette nature qui a donné naissance aux recherches expérimentales dont nous venons entretenir l'Académie. Un chimiste distingué s'est occupé, depuis longtemps, d'une application importante de la science qu'il cultive; il s'agissait de pourvoir plus amplement à la subsistance de l'homme et d'adoucir ainsi le plus grand fléau de la société : le besoin. Une substance qui fait partie des alimens les plus nutritifs de l'homme, se trouvait ailleurs combinée avec des substances inertes. Ce fait était connu dans le monde, long-temps avant que l'analyse chimique l'eut apprécié à sa juste valeur. C'est seulement lorsqu'elle a déterminé la proportion réelle de la gélatine dans les os qu'on a pu reconnaître combien il en échappait aux procédés usités jusqu'alors, et combien l'homme perdait ainsi, sans le savoir, de substances réputées alimentaires. Ce fait scientifique est connu depuis bien des années, et depuis bien des années ce fait, si fécond en lui-même, était resté,

pour ainsi dire, une connaissance abstraite et stérile. D'abord, il fallait y penser, et nous l'avouerons, rien n'était plus naturel. Aussi y a-t-on pensé et a-t-on fait des essais à diverses reprises, depuis 150 ans; mais on avouera de même, que rien n'est plus rare que de reconnaître toute la portée d'une idée, d'avoir une conviction tellement profonde de l'utilité d'une vue, qu'on emploie toutes les ressources de son intelligence pour la réaliser, toute la force de son caractère, pour vaincre les résistances, concevables seulement s'il s'agissait de faire accepter un don funeste. Tels sont, depuis vingt ans, les travaux d'un chimiste qui se voyait sur le point de réaliser ses hautes espérances, lorsqu'on éleva une objection qui arrêta l'élan qu'il avait excité dans toute la France.

Il serait difficile de prévoir la nature et la source de l'objection. Porte-t-elle sur l'extraction de la gélatine, en condamnant le procédé? Pense-t-on que la gélatine contenue dans les os n'est pas la même que celle qui fait la plus grande partie du bouillon de viande? Ces objections seraient fortes, mais elles n'ont pas été faites dans cette occasion. A-t-on proposé l'usage de la gélatine, sans autre préparation qu'une solution dans l'eau, pour remplacer le bouillon? Loin de là, on a recommandé de l'associer à plusieurs autres substances, mais surtout à la viande, dans une proportion moindre que celle usitée pour le bouillon ordinaire. Est-ce un préjugé de la part de ceux auxquels cette préparation est destinée, et qui par ignorance en repoussent l'essai?

Des milliers de pauvres ont consommé des centaines de mille rations, et les ont recherchées avec un vif empressement. Nous ne parlons pas des hôpitaux où le malade indigent est obligé d'accepter la nourriture qu'on lui prépare, mais de l'indigent libre et bien portant, qui, s'il est moins difficile et délicat que le riche, n'en est pas moins attaché à la vie, et ne reviendrait pas à la même source puiser la fai-

blesse, la maladie ou la mort, parce qu'elles seraient gratuites? Non, l'objection part de plus haut. La gélatine, comme substance alimentaire, a été soumise à des épreuves scientifiques; elle n'a pas répondu à l'attente; elle ne paraît point nutritive.

L'objection est grave, car la science intervenant dans des questions d'utilité pratique qu'elle domine depuis un demi-siècle, exerce à l'instant une grande influence. C'est ce que nous avons vu dans l'occasion présente. Ainsi, il y a un conflit entre l'usage pratique et les recherches expérimentales; nous ne prétendons révoquer en doute les résultats de l'une ni de l'autre méthode; car nous savons que partout, dans la nature, des faits paraissent être en opposition sans être incompatibles. Et nous le dirons d'avance, les recherches expérimentales auxquelles nous nous sommes livrés, donnent un résultat de cette nature en conciliant tous les faits connus. Mais nous en ferons complètement abstraction; nous nous occuperons de la gélatine comme si c'était une substance nouvelle récemment découverte par les chimistes qui, d'après l'analyse et l'analogie, la recommanderaient comme substance nutritive.

Mais d'abord qu'est-ce qu'une substance nutritive? C'est une substance qui, susceptible d'une digestion facile, contribue à l'entretien de la vie.

On s'étonnera peut-être que nous élevions cette question, mais elle est d'une importance extrême; tout en dépend, et voici pourquoi : s'il fallait, pour qu'une substance fût nutritive, qu'elle suffît à elle seule à remplir ces conditions, nous n'en trouverions peut-être pas qui méritât ce nom. Par exemple, le physiologiste distingué qui a reconnu que le pain seul ne suffit pas pour nourrir, s'est bien gardé de venir dire à l'Académie et au monde, que l'homme s'est trompé jusqu'ici, en se livrant à l'agriculture, pour se procurer du pain; car il était prouvé que le pain n'est pas nutritif, puisque seul il ne suffit pas pour nourrir.

Mais comment reconnaître qu'un aliment contribue à l'entretien de la vie, lorsqu'il est insuffisant; car une nourriture insuffisante doit nuire à la santé et même produire un dépérissement. Voici comment : on sait que l'homme et les animaux, dans leur jeunessse, en prenant des alimens appropriés augmentent de poids, et que c'est cette augmentation de poids qui constitue l'élément le plus saillant de la nutrition. On sait même, avec moins de précision mais avec autant de certitude, que tout en prenant des substances de digestion facile, le corps peut diminuer de poids, et cependant les alimens auraient contribué puissamment à l'entretien de la vie, parce que sans eux la mort serait survenue dans un court espace de temps. C'est d'après de pareilles considérations, que nous n'indiquons ici que d'une manière générale, que l'on peut juger si une substance est nutritive, et même déterminer la mesure de ses effets.

Or, on se doute déjà, d'après ce premier aperçu, que nous avons à faire à une question très-compliquée, qui paraissait d'abord très-simple, et à tel point qu'on aurait cru pouvoir la résoudre très-facilement. Elle tient, au contraire, à une des parties les plus difficiles de la physiologie, à celle qui est la plus obscure et la plus imparfaite, la nutrition. La première difficulté qui se présente, en voulant recourir à l'expérience, c'est le choix des sujets qui doivent éprouver les bons ou les mauvais effets de l'alimentation. Or, que veut-on? Des résultats exacts et précis, capables de résoudre la question d'une manière satisfaisante. Pour y parvenir, il faut des sujets qui se soumettent à des mesures rigoureuses, à des expériences multipliées sur les mêmes individus et sur un nombre d'autres de la même espèce; variées de manière à faire ressortir chaque élément de la question, et par suite prolongées, quel que soit d'ailleurs le sort des êtres qui s'y prêtent.

Nous le demandons, est-ce à l'homme qu'il faut s'adresser pour le mettre à des épreuves aussi rudes, et qui pour-

raient même devenir fatales. Il faut donc avoir recours aux animaux, si, ne voulant pas se contenter d'essais vagues et toujours contestables, on désire arriver à des résultats précis et concluans. Ici le choix n'est pas moins important; mais il ne saurait être douteux. Il ne peut porter que sur ceux dont l'alimentation se rapproche le plus de celle de l'homme. Il ne doit donc tomber ni sur les herbivores, ni sur les carnassiers, mais sur l'espèce qui, depuis sa domesticité, a toujours partagé la nourriture de l'homme à toutes les époques de la société. Le chien est donc sans contredit l'espèce la plus appropriée à ce genre de recherche.

Le second point à déterminer, c'est la forme sous laquelle les alimens doivent être présentés. Est-ce à l'état solide ou liquide? Cette question heureusement est assez bien éclaircie pour ne pas exiger de notre part des recherches préalables. On a trouvé par l'observation et par l'expérience que c'est à l'état solide que les alimens produisent le plus d'effet; et pour ne citer que les travaux les plus récens, nous dirons que le frère de l'un de nous, M. Milne Edwards, a constaté qu'il est utile que les alimens soient à l'état solide pour déterminer une sécrétion plus abondante des sucs gastriques.

Ces conditions préalables étant déterminées, il s'agissait de faire choix de la méthode. Fallait-il donner la gélatine seule ou associée à un autre aliment? Si l'on voulait tenter de donner la gélatine seule, comme dans cet état, ce serait une nourriture insolite pour l'homme comme pour le chien, on aurait difficilement la conviction que l'animal ait voulu en prendre assez pour s'en nourrir. Et enfin, d'après les recherches de M. Magendie, dont l'Académie aura conservé un vif souvenir, il ne paraîtrait pas qu'aucun produit immédiat, soit végétal, soit animal, fût capable à lui seul de suffire à l'alimentation. Il ne convenait donc pas de tenter des expériences qui, d'après les données de la physiologie, devaient être infructueuses. Il faut donc l'associer à une

autre substance alimentaire, constater l'effet de leur association, et déterminer ensuite la part de chacune. On verra plus tard l'avantage qui résulte de cette méthode.

La substance a plus convenable est, sans contredit, celle qui fait la base de la nourriture et de l'homme et du chien : le pain. En ajoutant au pain une solution de gélatine, on remplit la première condition dont nous avons indiqué la nécessité ; celle d'un aliment solide. En même temps nous remplissons aussi la seconde : que la nourriture soit prise avec appétence et en quantité suffisante. Enfin, le choix de ce régime nous fournit encore un autre avantage ; il est presque le même que celui auquel l'animal est habitué; il n'en diffère que par une nuance : il n'y a donc pas de transition brusque, avantage très-grand qui simplifie les résultats et doit leur donner plus de précision; car c'est un usage assez général de nourrir les chiens avec du pain et du bouillon fait avec de basses viandes. Ce bouillon contient principalement de la gélatine, plus quelques autres principes. C'est précisément dans l'absence de ces principes que consiste la nuance; ils manquent au régime de pain et de gélatine dont nous voulons de faire l'épreuve.

Quelle devait être la proportion de la gélatine? Il fallait encore nous régler à cet égard sur le régime habituel des chiens, que nous venons d'indiquer. Nous fîmes donc, pour terme de comparaison, un bouillon avec de la viande de cheval, en suivant les indications d'un marchand de chiens. Nous en prîmes la densité avec un pèse-liqueur, pour déterminer celle qu'il fallait donner à la solution de gélatine. Il convenait de rendre celle-ci plus dense, pour compenser, s'il se pouvait, l'absence du principe sapide et odorant; c'est ce que nous avons fait; nous en avons consigné la proportion dans les tableaux annexés à ce mémoire. Nous n'avons mis que la quantité de solution de gélatine nécessaire pour en imprégner convenablement le pain.

Quant à la ration de ce régime, il était évident qu'il ne

fallait pas la limiter. Les chiens devaient manger à leur appétit et à leur suffisance, si nous voulions juger des qualités nutritives du régime. Ils prenaient ainsi deux repas par jour.

Comme notre projet était de soumettre à l'épreuve diverses espèces de gélatines, nous nous sommes servis dans ce premier travail : 1.° de l'espèce qui constitue la colle forte ; 2.° de la gélatine fournie par la manufacture de l'Ile des Cygnes, où on l'extrait des os par le moyen de l'acide muriatique. Elle nous a été fournie comme gélatine alimentaire : elle en avait les caractères appréciables au goût et à l'odorat ; nous avons appris depuis qu'il y en avait de meilleure qualité ; mais nos résultats, loin d'être infirmés par cette circonstance, en ont au contraire été fortifiés. Nous avons dès l'abord désiré soumettre à l'expérience la gélatine extraite par la vapeur, et l'administration des hôpitaux en aurait mis à notre disposition ; mais nous faisions nos expériences à Versailles ; et à cause de sa liquidité, elle ne se serait pas conservée ; nous espérons vaincre cette difficulté dans un second travail dans lequel nous devons nous occuper des autres variétés de gélatine. Nous distinguerons celles que nous avons employées dans ce premier travail, par les noms de *gélatine inférieure* et de *gélatine alimentaire.*

Toutes ces préparations faites et toutes les précautions prises, que nous avons indiquées, voici en deux mots la nature des expériences que nous tentons et la vue générale de la marche que nous devons suivre.

Nous soumettons des chiens à un régime de pain et de solution de gélatine, dans des proportions telles, qu'il représente leur nourriture ordinaire de pain et de bouillon, sans les principes sapides et odorans qui distinguent les bouillons de viande. Or, quel que soit l'effet de ce régime, il est évident qu'il nous conduira à résoudre toutes les questions que nous nous sommes proposées.

Supposons d'abord que ce régime suffise, qu'il fournisse

à lui seul une nutrition complète. En ce cas, la question principale sera résolue, et voici pourquoi : c'est que M. Magendie a prouvé que le pain seul ne fournit pas une nutrition complète, et sauf à vérifier ce résultat, si la gélatine et le pain suffisent, la gélatine est nutritive.

Supposons au contraire que le pain et la gélatine ne suffisent pas, le régime ne laissera pas probablement d'être nutritif, ne fût-ce qu'à cause du pain. Or, en supprimant un des élémens et en faisant des expériences comparatives, la différence des effets fera ressortir la valeur de chaque élément.

En dernier lieu, si le régime du pain et de la gélatine est défectueux, il sera facile de déterminer ce qu'il faut y ajouter pour le rendre complet. Voilà le dernier terme des recherches : nous savons ainsi où nous allons et par quelle route nous devons y arriver.

Quant à la manière d'apprécier les effets du régime, nous avons eu recours au procédé le plus sûr, et qui ne laisse rien de vague ou d'incertain. Nous avons pesé les animaux à des époques successives, ce qui donne des résultats positifs et qui ne se prêtent à aucune illusion. Nous avons donc mis toute la rigueur dont nous étions capables et dans le choix de la balance et dans la manière de faire les pesées.

Nous avons pour commencer donné la préférence aux jeunes chiens ; étant plus petits, ils sont plus faciles à maîtriser et à peser avec exactitude ; d'ailleurs leur nutrition étant plus rapide, ils pouvaient donner des résultats plus prompts et plus marqués. Le seul inconvénient, c'est qu'ils sont sujets la première année, et surtout l'hiver, à une maladie qui en emporte beaucoup ; mais elle a des symptômes déterminés qui ne permettent pas de la méconnaître ; nous avons d'ailleurs pris toutes les précautions de salubrité nécessaires pour une longue suite d'expériences, et nous avons été assez heureux pour éviter cette cause fâcheuse de complication.

Nous avons commencé nos recherches au mois d'octobre de l'année dernière.

Les chiens dont nous sommes servis étaient en bon état; nous nous bornerons à relater brièvement les deux premières séries d'expériences, pour donner une idée plus nette des résultats; nous présenterons ensuite les autres d'une manière générale, pour éviter des détails inutiles.

Le chien n.° 1, encore susceptible d'accroissement, pesant 2,250 grammes, fut soumis au régime de pain et de gélatine inférieure, pendant onze jours; au bout de ce temps, il avait perdu 124 grammes; dans cet intervalle, il fut pesé sept fois, et le poids du corps subit des alternatives d'accroissement et de diminution; mais toujours au-dessous du point de départ.

Il était évident, à cause des accroissemens relatifs de poids et de la durée des expériences, que le régime était nutritif, mais qu'il était insuffisant.

Les expériences, sur une petite chienne, n.° 2, confirment cette conclusion; elle était très-grasse, venait d'être sevrée et pesait 1,107 grammes; mise au régime de pain et de gélatine inférieure pendant onze jours, elle avait gagné 140 grammes. Le régime était donc nutritif; mais il paraissait insuffisant; car d'abord, en examinant la marche de la nutrition pendant cette période, il y avait eu une fluctuation continuelle dans les sept pesées qu'on a faites dans cet intervalle. De plus, la chienne avait maigri.

Ainsi, dans ces deux cas, le régime de pain et de gélatine inférieure paraissait nutritif, mais insuffisant. Dans toutes les autres expériences cette conclusion fut confirmée; ainsi nous ne reviendrons pas ici sur ce sujet, et nous porterons toute notre attention sur le régime de pain et de gélatine alimentaire, objet principal de ces recherches.

Le chien n.° 1, qui avait servi aux expériences précédentes, et qui avait perdu, après onze jours du premier ré-

gime, 124 grammes, fut mis de suite au nouveau régime de pain et de gélatine alimentaire; ce régime fut continué pendant 75 jours. Le chien acquit alors une augmentation de poids de 159 grammes, d'où il suit qu'il avait non-seulement regagné ce qu'il avait perdu par le régime précédent, mais aussi qu'il avait dépassé de 35 grammes le premier point de départ.

Ce fait est tellement tranché qu'il prouve d'une manière incontestable que le régime de pain et de gélatine alimentaire est nutritif. Nous dirons même qu'il l'est beaucoup, car d'abord il a duré 75 jours; puis, à la fin de cette longue période, il y a eu une augmentation de poids; double rapport qui fait ressortir les qualités nutritives de ce régime.

Mais ce régime est-il suffisant, c'est-à-dire, peut-il seul entretenir la santé, fortifier et développer le corps? Distinction importante sur laquelle nous avons insisté dès le commencement.

Remarquons d'abord la marche de la nutrition sous l'influence de ce régime; elle est digne d'attention. Dans les 75 jours, on a fait onze pesées; il ne fallait pas trop les rapprocher pour éviter les variations diverses de poids qui ont lieu dans les nutritions les plus complètes. Dans cet espace de temps, il y a eu une fluctuation de poids remarquable, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du point de départ; or, cette incertitude de marche dans le développement du corps chez un jeune animal en pleine croissance, ne paraît pas conforme à l'idée bien ou mal fondée qu'on se fait du développement normal d'un jeune être bien portant. Et en effet, il était visible, après un certain temps, que cette nourriture était insuffisante, parce que l'animal devenait faible.

Avant de tirer aucune conclusion relative à ce nouveau point de vue, il importe de rappeler que le chien n.° 1 avait été mis préalablement au régime de pain et de gélatine inférieure, et qu'il avait, par suite de cette nourriture,

subi une perte de 124 grammes. Il pouvait donc être sous l'influence de cette perte qui l'aurait empêché de tirer tout le parti possible du nouveau régime. Nous avons paré à cet inconvénient en nous procurant un résultat net et précis.

La petite chienne n.° 2, qui nous avait servi dans nos essais sur la gélatine inférieure, fut préparée à de nouvelles expériences par un régime convenable pendant plus d'un mois; elle avait alors acquis plus de la moitié de son poids; elle était dans la plénitude de la santé. Dans cet état elle fut mise au régime de pain et de gélatine alimentaire pendant 21 jours, et le résultat général fut le même que dans la série précédente; c'est-à-dire, qu'à la fin de cette époque, il y avait une augmentation de poids de vingt-neuf grammes; mais dans l'intervalle il y avait eu des fluctuations dans le poids au-dessus et au-dessous du point de départ.

Or, les deux séries d'expériences s'accordent parfaitement, et nous pouvons déjà dire que le régime de pain et de gélatine alimentaire est nutritif, mais insuffisant. Ce résultat mérite bien que l'on s'y arrête un instant.

N'est-il pas étrange que le pain et la gélatine pure, réunis comme nous l'avons fait, ne suffisent pas pour opérer une nutrition complète ? Avant les recherches du physiologiste que nous avons cité, on croyait que le pain seul suffisait; maintenant il paraît que non seulement il ne suffit pas seul, mais aussi qu'il est insuffisant lors même qu'il est associé à de la gélatine alimentaire. Comme les effets de ce régime devaient servir de base à toutes les recherches ultérieures, il fallait pouvoir compter sur les résultats et obtenir des mesures propres à fournir des termes de comparaison. C'est pourquoi nous avons fait cinq autres séries d'expériences d'après les mêmes principes. Ils ont donné les mêmes résultats généraux et avec des circonstances qui les font ressortir plus nettement encore. Nous réunirons toutes les séries, c'est-à-dire, les deux premières et les

cinq suivantes, pour présenter un tableau général des effets de ce régime nutritif, mais insuffisant.

Dans les cas les plus favorables il y avait, à la fin de l'époque de cette nutrition, une augmentation de poids; mais dans l'intervalle il y avait eu fluctuation au-dessus et au-dessous du poids primitif, et il était visible, lorsque l'expérience avait eu une durée suffisante, que la croissance avait été arrêtée, du moins que si l'animal avait peut-être acquis un peu plus de longueur, il avait perdu en épaisseur; car il était toujours efflanqué et ses forces étaient sensiblement diminuées. Dans les cas intermédiaires il y avait diminution de poids à la fin de l'époque, avec oscillation au dessus et au-dessous du point de départ.

Dans les cas les plus défavorables, non seulement la perte du poids était considérable, mais jamais les oscillations en remontant ne pouvaient atteindre au poids primitif; de sorte que l'animal restait toujours au-dessous du point de départ, et tendait à descendre plus bas. Les mêmes effets ont été constatés non seulement sur de jeunes chiens dans leur croissance à différentes époques, mais aussi sur des adultes.

Ainsi le résultat général ne dépendait ni de l'âge des animaux, ni de la quantité de la nourriture, mais de la nature de l'aliment; ainsi sept séries d'expériences sur des chiens différens sont univoques et nous fournissent une base sur laquelle nous pouvons procéder. Nous avons consigné tous l s résultats numériques dans sept tableaux.

- Le régime que nous avons soumis à ces épreuves est composé de deux élémens, le pain et la gélatine. Nous avons trouvé qu'il était nutritif, quoiqu'insuffisant; mais nous ignorons la part de chacun de ses élémens. L'addition de la gélatine au pain est-elle avantageuse pour la nutrition? Est-elle indifférente ou nuisible? Voilà la question que nous nous proposons maintenant de résoudre. Le procédé était facile, nous l'avons déjà indiqué; il s'agissait de retrancher

la gélatine de ce régime, et de borner l'animal au pain et à l'eau. Nous connaissons la marche et la mesure de la nutrition au moyen du pain et de la gélatine. En retranchant celle-ci nous verrons la différence si elle est appréciable ; or, nous avons pris le chien n.° 1, après 86 jours du régime de pain et de gélatine; il avait alors une augmentation de 35 grammes. Nous le mîmes aussitôt au régime du pain seul et de la quantité d'eau nécessaire, en l'assaisonnant même d'un peu de sel pour lui donner de la saveur. Il fut ainsi nourri pendant vingt jours au bout desquels il avait perdu 402 grammes.

Le chien n.° 2, après 21 jours du régime au pain et à la gélatine, avait augmenté de 29 grammes. Mis aussitôt au régime du pain seul et de l'eau, au bout de 33 jours, il perdit 333 grammes.

Le n.° 3, pendant les 81 jours qu'il avait été au pain et à la gélatine, avait fluctué au-dessus et au-dessous du point primitif; le dernier jour il était en perte de 112 grammes. Mis alors au régime du pain et de l'eau, il perd, en dix-neuf jours, 196 grammes; c'est-à-dire que, dans le quart du temps, il perd presque le double du poids. Le n.° 4, après 86 jours de nourriture au pain et à la gélatine, durant lesquels le poids avait aussi fluctué au-dessus et au-dessous du point de départ, était en perte de 277 grammes; le même, mis aussitôt au pain et à l'eau, perd dans 23 jours, c'est-à-dire dans le quart du temps précédent, 477 grammes.

Enfin le n.° 7 est mis successivement aux deux régimes différens pendant le même espace de temps, c'est-à-dire 34 jours. Nourri de pain et de gélatine, il avait perdu dans 34 jours 209 grammes, et dans le même espace de temps, mis au pain et à l'eau, il avait perdu 464 grammes, c'est-à-dire, plus du double.

Or, voilà cinq séries d'expériences qui sont univoques dans leur résultat général, dont plusieurs mêmes se rapprochent beaucoup entr'elles pour la mesure, et dont toutes

donnent des différences extrêmes en faveur de l'influence nutritive de la gélatine.

Nous avons vu que la gélatine, quoiqu'associée au pain, ne fournissait pas une nutrition complète; nous avons relaté les effets de ce régime sur le poids du corps, sur les forces et sur la croissance. Voyons maintenant ses effets sur la constitution et sur la vitalité.

Puisque ce régime est insuffisant, il est présumable que s'il était assez long-temps continué il conduirait à la mort. C'est ce que nous avons constaté sur un chien, le seul que nous ayons soumis exclusivement à ce régime et sans interruption; il ne paraissait mourir que faute d'une nutrition suffisante; il n'offrait à la longue que les symptômes de langueur, de faiblesse et d'amaigrissement successif; il était donc intéressant d'examiner l'état des organes après la mort. Il n'y eut aucune apparence de maladie organique, rien qu'un aspect de pâleur et de maigreur des tissus; l'animal n'est donc pas mort de maladie proprement dite, si l'on veut nous permettre cette expression; mais il s'est éteint faute de sustentation suffisante. Il est probable que lorsqu'on meurt ainsi par extinction, tout en prenant des alimens nutritifs, mais insuffisans, il y a une limite de réduction du poids du corps au-delà de laquelle la mort est imminente.

L'un de nous, dans des recherches antérieures qui ont été publiées, a constaté ces limites pour différentes espèces d'animaux vertébrés à sang froid, et il a prouvé que la mort dépendait principalement de cette limite, parce qu'elle était alors imminente, soit qu'on y arrivât avec lenteur ou avec rapidité. Nous avons constaté cette limite pour l'espèce d'animaux à sang chaud qui a été le sujet de ces expériences.

Les chiens que nous avons soumis aux deux régimes, lorsqu'ils étaient réduits au sixième de leur poids primitif, étaient en danger de mourir, soit qu'ils arrivassent lente-

ment à cette limite sous le régime du pain et de gélatine, soit qu'ils y arrivassent promptement sous le régime de pain et d'eau. Le n.° 7 est mort à cette limite. D'autres l'ont dépassée. La limite extrême qu'un seul sur quatre ait atteinte avant de mourir était la perte d'un tiers du poids primitif.

Or, il convenait de rechercher à quelle époque il était encore temps de ranimer la vie, et quel changement il fallait faire au régime pour y réussir. On voit que nous touchons ici au complément de nos recherches.

Le chien n.° 1, qu'on avait mis successivement aux deux régimes, avait atteint la limite où il était en danger de mourir. Il fallait donc changer de régime et choisir la nourriture la plus approchée du régime de pain et de gélatine pure. Le pain et le bouillon est précisément ce régime, puisque le bouillon est, d'après les analyses des chimistes, et notamment celle qui a été dernièrement communiquée à l'Académie, de l'eau, de la gélatine, plus quelques principes sapides et odorans, dans une très-légère proportion. Le régime de pain et de gélatine pure ne diffère donc de celui du pain et du bouillon que par quelques principes sapides et odorans en quantité presqu'impondérable; qu'on excuse cette manière de s'exprimer, elle est nécessaire et approche assez de la vérité.

Nous substituons donc à la solution de gélatine le bouillon dans la même mesure, et nous faisons l'essai de ce régime sur le chien n.° 1, à l'époque où il est près de mourir faute d'une régime assez nutritif tel que nous l'avons décrit précédemment. Il est près de mourir, cependant il prend de cette nourriture; il continue à vivre; on le pèse le 7.e jour; il a gagné 725 grammes, c'est-à-dire presque tout ce qu'il a perdu précédemment; et dans sept jours de plus il dépassa le poids primitif de 693 grammes. Ne sent-on pas qu'un seul fait de cette nature, à la suite de tous ceux que nous avons exposés, a une valeur telle qu'il n'a pas besoin de confirmation. Cependant, nous l'avons confirmé avec un

succès qui ne peut être douteux. C'est ce que nous avons constaté sur le n.° 2 et le n.° 3, dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire lorsque l'animal était réduit par la perte du poids à la limite où la mort est imminente. Les mêmes résultats généraux ont eu lieu, et ce qu'il y a de remarquable, avec une parité de mesure pour les accroissemens et le temps, qu'il est rare d'obtenir en physiologie.

L'étude de ce régime est féconde en résultats intéressans; il fallait s'assurer si en même temps qu'il est apte à ramener d'un dépérissement extrême à la plénitude de la santé, il est propre à soutenir et à développer convenablement la croissance habituelle; car l'on sait, de reste, que ce qui est capable de ranimer les forces défaillantes et de rendre la santé, n'est pas toujours, il s'en faut, capable de l'entretenir et de développer le corps. Nous nous sommes assurés que ce régime avait cette propriété, et la table que nous avons dressée de la série des pesées donne un exemple de la marche normale de la croissance du corps chez un jeune animal. Elle contraste par une progression ascendante presque constante avec les fluctuations perpétuelles que présentent les régimes nutritifs, mais insuffisans, dans les cas les plus favorables. La comparaison de ce régime avec celui du pain et de la solution de gélatine pure, nous fournit un résultat qui intéresse vivement la physiologie. Il tient d'une part à la théorie de la nutrition, d'autre part aux applications pratiques qui ont donné naissance à ces recherches. Reprenons la comparaison de la gélatine en solution dans l'eau et du bouillon, sous le rapport de leurs parties constituantes. On sait depuis longtemps que la base de ces deux liquides est la même : la gélatine pure. Il y a de plus dans le bouillon de viande quelques principes sapides et odorans.

L'Académie a entendu dans un rapport récent d'un de ses membres, à qui la chimie organique a les plus grandes obligations, quels sont ces principes; et c'est à l'absence

ou à la présence de ces principes tellement fugitifs qu'ils sont presqu'insaisissables, tellement minimes en quantité qu'ils sont presqu'impondérables, que sont dues les différences extrêmes des deux régimes.

Nous connaissons bien en fait de poison quelques substances qui, à des doses aussi légères, produiraient d'aussi grands effets en sens inverse, c'est-à-dire, donneraient la mort; encore faudrait-il qu'elles fussent concentrées et non pas noyées dans des quantités d'eau; mais en fait de matières nutritives nous ne connaissons rien de semblable; aussi ce résultat offre-t-il un champ nouveau à l'étude de la nutrition.

Nous arrivons ainsi à l'application pratique, et comme on voit, au dernier terme de nos recherches. Puisque le régime de pain et de gélatine en solution ne produit pas une nutrition complète, il s'agit d'y ajouter ce qui manque pour qu'il produise cet effet. Or, en y ajoutant les principes sapides et odorans du bouillon de viande, nous devons remplir cette condition, et pour atteindre le but pratique, objet de nos recherches, il fallait économiser ce principe pour utiliser la gélatine extraite des os. En ajoutant au régime précédent de gélatine pure en solution et de pain, une très-petite quantité de bouillon, il est évident que dans le cas de réussite nous remplissons toutes les conditions.

Nous allons relater ce dernier terme de nos recherches, l'expérience finale et décisive.

Le chien N.° 8, âgé de trois mois, était bien portant et dans la plénitude de sa croissance. Le 10 décembre nous le mettons au régime le plus succulent, une pâtée de pain et de viande; nous notons la marche de son développement jusqu'au 2 janvier; nous le pesons trois fois à des intervalles presqu'égaux, et nous trouvons que son accroissement est progressif et presque parfaitement régulier. Ces accroissemens forment à-peu-près une progression arith-

métique représentée par les nombres 29, 47, 64 gr. Dans ces seize jours il avait gagné de la sorte 140 grammes. Il fut mis alors au régime de la gélatine et du pain, comme dans les expériences précédentes, jusqu'au 31 janvier. Dans cet espace de trente jours, sous l'influence de ce régime, il avait perdu non seulement les 140 gr. qu'il avait gagnés sous le régime précédent, mais aussi 427 gr. de plus, au-dessous du premier point de départ; c'est-à-dire, qu'il avait définitivement perdu un cinquième de son poids primitif. On connaît, d'après les expériences précédentes, le danger d'une pareille réduction.

Alors à ce même régime de pain et de gélatine pure, continué exactement dans les mêmes proportions, nous n'ajoutons que deux cuillerées de bouillon de viande de cheval sur quatorze de solution de gélatine, que nous mêlons à sa pâtée deux fois par jour. Or, nous le demandons, que peuvent contenir de principes sapides et odorans, outre la gélatine qui s'y trouve en grande proportion, ces quatre cuillerées de bouillon dans les vingt-quatre heures? Cependant cette légère addition a suffi complètement et au-delà de toute attente et de toute prévision. Dès la première pesée nous trouvons une augmentation de poids; le chien prend dès-lors un élan rapide d'accroissement, et dans vingt-cinq jours non-seulement il remonte au poids primitif, mais le dépasse, jouissant de toute la plénitude de la force et de la santé.

Nous sommes ainsi arrivés au terme des recherches que nous nous sommes proposées dans ce premier travail, sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire. Nous résumerons d'une manière générale les résultats que nous avons obtenus, en nous bornant ici aux faits les plus saillans qui ont rapport aux applications pratiques.

Et nous dirons que toutes nos expériences ont concouru à prouver, 1.° que le régime de pain et de gélatine est nutritif, mais qu'il est insuffisant; 2.° que la gélatine associée

au pain a une part effective dans les qualités nutritives de ce régime ; que le régime de pain et de bouillon remplaçant la solution de gélatine dans le régime précédent, est susceptible d'opérer une nutrition complète, c'est-à-dire, d'entretenir la santé et de développer le corps ; 4.° qu'une addition de bouillon en petite proportion au régime de pain et de gélatine alimentaire, le rend susceptible de fournir une nutrition complète, c'est-à-dire, d'entretenir la santé et de développer le corps.

Quelque soin et quelque réserve que nous ayons mis dans la manière d'exprimer nos conclusions, nous ne pouvons les abandonner sans quelques remarques qui les fassent apprécier à leur juste valeur.

Dans les sciences physiques et chimiques il n'est pas difficile d'exprimer d'une manière générale les résultats des recherches expérimentales, parce que les corps sur lesquels on agit possèdent des propriétés invariables. Et quand une expérience est bien faite elle donne toujours, quand on la répète, les mêmes résultats et la même mesure, à des nuances près. Il n'en est pas de même lorsqu'on agit sur des êtres organisés vivans. Ils sont essentiellement variables, et les résultats diffèrent ordinairement dans des limites très-éloignées. Voilà la difficulté fondamentale dans l'expression des faits physiologiques ; mais malgré cette difficulté qui, nous l'avouons, est souvent extrême, il y a une distinction à faire dans la nature des résultats, qui trouve ici son application. Ainsi il y a ici des résultats que nous pouvons appeler *absolus*, parce qu'ils ne sont pas susceptibles d'une fausse interprétation. Il est évident, par exemple, que l'on doit arriver à des résultats absolus quand il s'agit de savoir si un régime est nutritif ou ne l'est pas ; s'il suffit à l'entretien de la santé et au développement du corps, ou si, par insuffisance, il fait dépérir et conduit à la mort, ou s'il ramène de cette limite à la santé, à la vigueur et au développement du corps.

Or, des quatre propositions qui forment nos conclusions, il y en a trois qui sont des résultats absolus; ce sont la 1.re, la 3.e et la 4.e Il n'en est pas de même de la 2.e, que la gélatine associée au pain a une part effective dans les qualités nutritives de ce régime. Quoique toutes nos expériences aient concouru à cette conclusion, car elle est fondée sur des résultats comparatifs, et quoique cette comparaison aît toujours été fondée sur les mêmes sujets, le même sujet étant variable lui-même à différentes époques, les mesures peuvent l'être aussi. C'est pourquoi l'interprétation doit être regardée seulement comme très-probable, mais non comme *certaine*. Pour arriver à toute la certitude que le sujet comporte, il faudrait plutôt varier la méthode que multiplier les expériences dans la même direction. C'est ce que nous nous proposons de faire dans un second travail en continuation du premier, si l'Académie trouve quelqu'intérêt à celui que nous présentons aujourd'hui.

Quoique le résultat relatif à la gélatine, considéré d'une manière isolée et abstraite, ne soit pas absolu, les expériences que nous avons faites sont tellement d'accord et tellement tranchées en faveur des qualités nutritives de la gélatine, qu'il n'y a qu'une scrupuleuse sévérité scientifique qui puisse exiger à cet égard de nouvelles recherches. Nous les ferons; mais en attendant il y a urgence, il y a nécessité absolue de pourvoir à l'alimentation des pauvres dans le moment où le fléau qui nous visite prend des forces proportionnées à la misère. Des quatre propositions qui composent nos conclusions, il y en a trois qui sont établies sur des résultats absolus, et qui fournissent directement les données requises pour l'application pratique. Je ne citerai que la dernière, parce que c'était le but définitif de toutes nos recherches sur cette question.

On a proposé comme aliment salutaire et à bon compte un bouillon fait avec la gélatine extraite des os et un quart de la quantité de viande employée pour le bouillon ordinaire.

Nous avons obtenu avec une solution de gélatine extraite des os et une bien moindre proportion de bouillon de viande que celle qui est recommandée et usitée, des effets nutritifs tellement énergiques, que nous n'avons pas vu de différence entre les deux espèces de bouillon.

Personne que nous sachions n'a jamais prétendu que le bouillon de viande le plus fort et le plus riche en sucs nutritifs, puisse seul suffire à la nutrition de l'homme. Il ne s'agit pas non plus de recommander le bouillon fait avec la gélatine des os, plus du bouillon de viande en certaine proportion, comme devant suffire seul. C'est un élément nutritif qu'il faut associer avec tout ce que l'on peut se proposer d'ailleurs de nutritif. Voilà, ce nous semble, ce qu'il y a d'essentiel pour le moment dans la question pratique; nous ne ferons plus qu'une observation.

Toute proposition peut ou doit être débattue si la vérité n'en est pas suffisamment évidente; mais il ne faut pas être plus difficile dans un cas que dans les autres de même nature, à moins de vouloir reconstruire pour tout les bases de notre conviction; et s'il fallait dans toutes les questions de pratique qui se présentent dans le monde, surtout dans celles qui ont rapport à la nutrition, attendre que la science en ait éclairé tous les points et les ait déterminés avec une exactitude scrupuleuse, toute la marche de la société serait arrêtée, et les savans même périraient en attendant les lumières de la science.

N.° 1. — *Chienne susceptible d'accroissement.*

Dates.	Poids.	Sur la première pesée Perd	Sur la première pesée Gagne	Sur la pesée précédente Perd	Sur la pesée précédente Gagne	
28 oct.	2, 350	«	«	«	«	Commence la pâtée au pain blanc et à la gélatine inférieure.
29	2, 216	0, 034	«	0, 034	«	
31	3, 192	0, 058	«	0, 024	«	
1 nov.	2, 192	0, 058	«	«	«	
2	2, 137	0, 113	«	0, 055	«	
4	2, 145	0, 105	«	«	0, 008	
6	2, 238	0, 012	«	«	0, 093	
8	2, 126	0, 124	«	0, 112	«	
L'animal paraissait faible. — Commence la gélatine supérieure le 8 novembre.						
12	2, 113	0, 137	«	0, 013	«	
15	2, 401	«	0, 151	«	0, 288	Ventre gonflé, dur, absence de défécation.
19	2, 171	0, 079	«	0, 230	«	
22	2, 306	0, 044	«	«	0, 035	
23	2, 152	0, 098	«	0, 054	«	
3 déc.	2, 340	«	0, 090	«	0, 188	L'animal venait de boire.
6	2, 190	0, 060	«	0, 150	«	
16	2, 274	«	0, 024	«	0, 084	
19	2, 299	«	0, 049	«	0, 025	
22	2, 495	«	0, 245	«	0, 196	
27	2, 430	«	0, 180	0, 065	«	
31	2, 234	0, 016	«	0, 196	«	
7 janv.	2, 198	0, 052	«	0, 036	«	
9	2, 290	«	0, 040	«	0, 082	
22	2, 285	«	0, 035	0, 005	«	
L'animal a assez mauvais aspect. — Mis au pain blanc, eau pure et un peu de sel, le 22 janvier.						
23	2, 174	0, 076	«	0, 111	«	
3 févr.	2, 053	0, 197	«	0, 121	«	
11	1, 883	0, 367	«	0, 170	«	
L'animal très-faible, mourant. — Pain blanc et bouillon de cheval, le 11 février.						
16	2, 508	«	0, 258	«	1, 725	
21	2, 656	«	0, 406	«	0, 102	
25	2, 943	«	2, 693	«	0, 287	

N.° 2. — *Petite chienne très-vivace, non adulte, venant d'être sevrée.*

Dates.	Poids.	Sur la première pesée Perd.	Sur la première pesée Gagne	Sur la pesée précédente Perd.	Sur la pesée précédente Gagne	
28 oct.	1, 107	«	«	«	«	Pain blanc et gélatine inférieure.
29	1, 300	«	0, 193	«	0, 193	
31	1, 190	«	0, 083	0, 110	«	
1 nov.	1, 271	«	0, 164	«	0, 081	
2	1, 308	«	0, 201	«	0, 037	
4	1, 218	«	0, 111	0, 090	«	
6	1, 161	«	0, 154	«	0, 043	
8	1, 247	«	0, 140	0, 014	«	
Commence la gélatine supérieure.						
12	1, 230	«	0, 123	0, 017	«	
L'animal très-affaibli et efflanqué, est remis à la viande cuite et au pain le 13 novembre.						
15	1, 151	«	0, 044	0, 079	«	
19	1, 245	«	0, 138	«	0, 094	
22	1, 280	«	0, 173	«	0, 035	
23	1, 429	«	0, 322	«	0, 149	
3 déc.	1, 695	«	0, 588	«	0, 266	
6	1, 567	«	0, 460	0, 128	«	
16	1, 867	«	0, 760	«	0, 300	
19	1, 996	«	0, 889	«	0, 129	
L'animal bien remis, gai, vif, commence la gélatine supérieure.						
22	1, 912	«	0, 805	0, 084	«	
27	1, 857	«	0, 750	0, 055	«	
31	1, 903	«	0, 796	«	0, 046	
7 janv.	2, 005	«	0, 898	«	0, 102	
9	2, 025	«	0, 918	«	0, 020	
Mis au pain blanc, eau pure et sel le 9 janvier.						
22	1, 892	«	0, 785	0, 133	«	
23	1, 866	«	0, 759	1, 026	«	
5 févr.	1, 744	«	0, 637	0, 122	«	
11	1, 992	«	0, 585	0, 052	«	
Souffrant, faible, remis à la pâtée de pain et bouillon de cheval.						
16	2, 403	«	1, 296	«	0, 711	
21	2, 512	«	1, 405	«	0, 109	
26	2, 581	«	1, 474	«	0, 069	

N.° 3. *Chien jeune, non encore adulte.*

Dates.	Poids.	Sur la première pesée.		Sur la pesée précédente.		
		Perd	Gagne	Perd	Gagne	
2 nov.	3, 433	«	«	«	«	Pain blanc et gélatine inférienre.
4	3, 418	0, 014	«	0, 014	«	
6	3, 399	0, 035	«	0, 019	«	
8	3, 371	0, 061	«	0, 028	«	
Gélatine supérieure, le 8 novembre.						
12	3, 317	0, 115	«	0, 052	«	
15	3, 339	0, 093	«	«	0, 022	
19	3, 344	0, 088	«	«	0, 005	
22	3, 323	0, 109	«	0, 011	«	
23	3, 318	0, 114	«	0, 005	«	
3 nov.	3, 349	0, 083	«	«	0, 031	
6	3, 355	0, 097	«	0, 014	«	
16	3, 305	0, 127	«	0, 030	«	
19	3, 340	0, 092	«	«	0, 035	
22	3, 321	0, 111	«	0, 019	«	
27	3, 308	0, 124	«	0, 013	«	
31	3, 300	0, 132	«	0, [illegible]	«	
7 janv.	3, 309	0, 123	«	«	[illegible], 009	
9	3, 287	0, 145	«	0, [illegible]	«	
22	3, 320	0, 112	«		[illegible], 033	
Pain blanc, eau pur[illegible] sel, le 22 janvier.						
23	3, 311	0, 121	«	0, 009	«	
5 fév.	3, 183	0, 249	«	0, 128	«	
11	3, 024	0, 308	«	0, 159	«	
Pain blanc et bouillon de cheval, le 11 février.						
16	3, 463	«	0, 031	«	0, 439	
21	3, 654	«	0, 222	«	0, 191	
25	3, 759	«	0, 327	«	0, 105	

N.° 4.

Dates.	Poids.	Sur la première pesée. Perd	Sur la première pesée. Gagne	Sur la pesée précédente. Perd	Sur la pesée précédente. Gagne	
28 oct.	2, 384	«	«	«	«	Pain blanc et gélatine inférieure.
29	2, 450	«	0, 066	«	0, 066	
31	2, 485	«	0, 101	«	0, 035	
1 nov.	2, 453	«	0, 069	0, 032	«	
2	2, 384	«	«	0, 069	«	
4	2, 339	0, 045	«	0, 045	«	
6	2, 411	«	0, 027	«	0, 072	
8	2, 453	«	0, 069	«	0, 042	
Gélatine supérieure, le 8 novembre.						
12	2, 388	«	0, 004	0, 065	«	
15	2, 404	«	0, 020	«	0, 016	
19	2, 251	0, 033	«	0, 053	«	
22	2, 390	«	0, 006	«	0, 039	
23	2, 397	«	0, 013	«	0, 007	
3 déc.	2, 215	0, 169	«	0, 182	«	
6	2, 164	0, 220	«	0, 051	«	
16	2, 437	«	0, 053	«	0, 273	L'animal venait de boire.
19	2, 191	0, 193	«	0, 246	«	
22	2, 214	0, 170	«	«	0, 023	
27	2, 098	0, 286	«	0, 116	«	
31	2, 163	0, 221	«	«	0, 065	
7 janv.	2, 214	0, 170	«	«	0, 051	
9	2, 090	2, 294	«	0, 124	«	
22	2, 107	0, 277	«	«	0, 017	
Pain blanc, eau pure et sel, le 22 janvier.						
23	2, 103	0, 281	«	0, 004	«	
5 fév.	1, 815	0, 569	«	0, 288	«	
16	1, 593	0, 691	«	0, 122	«	

Mort le 16 février, après avoir perdu — 0,29 de son poids primitif.

N.° 5.

Dates.	Poids.	Sur la première pesée.		Sur la pesée précédente.		
		Perd	Gagne	Perd	Gagne	
1 nov.	1, 656	«	«	«	«	Pain blanc et gélatine inférieure.
2	1, 709	«	0, 053	«	0, 053	
4	1, 614	0, 042	«	0, 095	«	
6	1, 553	0, 103	«	0, 061	«	
8	1, 613	0, 043	«	«	0, 060	
Pain blanc et gélatine supérieure, le 8 novembre.						
12	1, 510	0, 146	«	0, 103	«	
15	1, 636	0, 020	«	«	0, 126	
19	1, 491	0, 165	«	0, 145	«	
22	1, 481	0, 175	«	0, 010	«	
23	1, 467	0, 189	«	0, 014	«	
3 déc.	1, 335	0, 321	«	0, 132	«	
6	1, 347	0, 309	«	«	0, 012	
16	1, 288	0, 368	«	0, 059	«	
17	1, 283	0, 373	«	0, 005	«	Pesé après sa mort.

Mort dans la nuit; avait perdu près de 0,23 de son poids primitif.

N.° 6. — *Chien adulte.*

Dates.	Poids	Sur la première pesée. Perd	Sur la première pesée. Gagne	Sur la pesée précédente. Perd	Sur la pesée précédente. Gagne
19 déc.	4, 163	«	«	«	«
22	4, 060	0, 103	«	1, 103	«
27	3, 899	0, 264	«	0, 161	«
31	4, 111	0, 052	«	«	0, 212
7 janv.	4, 088	0, 275	«	0, 023	«
9	4, 252	«	0, 089	«	0, 164
22	3 ,954	0. 209	«	0, 298	«
Pain blanc, eau et sel, le 12 janvier.					
23	3, 788	0, 375	«	0, 166	«
5 fév.	3, 668	0, 495	«	0, 120	«
11	3, 490	0, 673	«	0, 178	«
Pain blanc et bouillon de cheval, le 11 février.					
16	3, 792	0, 371	«	«	0, 302
21	3, 987	0, 176	«	«	0, 195
25	4, 151	0, 011	«	«	0, 165

N.° 7. — *Chienne de trois mois.*

Dates.	Poids.	Sur la première pesée. Perd	Sur la première pesée. Gagne	Sur la pesée précédente. Perd	Sur la pesée précédente. Gagne	
16 déc.	2, 124	«	«	«	«	Pâtée de viande et de pain blanc.
21	2, 153	«	0, 029	«	0, 029	
26	2, 200	«	0, 076	«	0, 047	
2 janv.	2, 264	«	0, 140	«	0, 064	
Pain blanc et gélatine alimentaire le 2 janvier.						
7	2, 271	«	0, 047	«	0, 007	
14	2, 005	0, 119	«	0, 266	«	
19	2, 022	0, 102	«	«	0, 017	
24	1, 839	0, 285	«	0, 166	«	
31	1, 697	0, 427	«	0, 142	«	
Même pâtée, arrosée seulement d'un peu de bouillon de cheval le 31 janvier.						
5 févr.	1, 742	0, 382	«	«	0, 045	
11	1, 927	0, 197	«	«	0, 185	
16	2, 033	0, 091	«	«	0, 106	
21	1, 988	0, 136	«	0, 045	«	
25	2, 143	«	0, 019	«	0, 155	

Nouvel appareil pour l'extension permanente du membre inférieur ; par M. Laugier, *chirurgien de l'hôpital Necker.*

Malgré les inconvéniens attachés jusqu'ici aux différentes méthodes d'extension permanente, il se présente souvent dans la pratique des cas de fractures où le chirurgien sent la nécessité de recourir à ce mode de pansement, quelles que soient d'ailleurs ses préventions défavorables. Ce n'est pas seulement à l'occasion de la fracture du col du fémur que l'importance de l'extension continue est reconnue, les fractures de cet os plus ou moins obliques, et survenant chez des individus fortement musclés, sont si souvent suivies de raccourcissement, quand on se borne à les maintenir par l'appareil ordinaire des fractures du fémur, qu'il faut absolument, pour obtenir une réduction exacte et une consolidation sans difformité, exercer dans ces cas une méthode d'extension permanente. Il ne s'agit donc plus que de choisir celle de toutes qui a le moins d'inconvéniens.

La position demi-fléchie du membre sur un double plan incliné, usitée pour la fracture du col du fémur, proposée et mise en usage avec des avantages notables par Astley Cooper, Richerand, Dupuytren, peut être employée pour la fracture du corps du fémur, et est sans doute une des méthodes les moins fatigantes pour le malade; mais si le double plan incliné est en bois, comme Astley Cooper, Sauter, Mayor, le conseillent, qu'il soit d'ailleurs fixe ou suspendu, je crois difficilement que la compression de la partie postérieure du membre sur ce plan, bien qu'il soit rembourré, ne finisse pas par devenir pénible à supporter; et s'il est composé d'oreillers, et non de planches, comme le veulent Richerand et Dupuytren, il est plus ou moins sujet à s'affaisser, ce qui produit immédiatement un certain degré de raccourcissement qu'on ne peut faire dispa-

raître qu'en reconstruisant l'appareil, et de là des mouvemens répétés des fragmens. D'ailleurs, ici l'extension permanente est confiée au poids du pied et de la jambe, aidée quelquefois, il est vrai, d'un drap plié en cravatte, passant sur le coude-pied, mais il s'en faut que cette extension soit, dans tous les cas, suffisante pour faire équilibre à la contre-extension opérée par le poids du bassin. Toutefois, l'avantage incontestable de cette méthode est de laisser les muscles qui passent sur le lieu de la fracture dans un relâchement plus ou moins complet, puisque la jambe est fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin.

Cependant s'il existait une méthode d'extension permanente, le membre étant étendu et placé à plat sur le lit, que cette méthode fût réellement efficace, sans présenter les inconvéniens ordinaires des extensions forcées, des machines à extension; si en même temps l'appareil était tellement simple qu'on eût toujours sous la main les moyens propres à l'appliquer, je suis persuadé qu'elle ne tarderait pas à être préférée par tous les praticiens dans la plupart des cas où l'extension est devenue une nécessité. Cette méthode, je crois l'avoir trouvée; je l'ai appliquée dans un cas de fracture oblique du corps du fémur, j'ai obtenu un succès complet, sans le moindre raccourcissement. Depuis quelques jours, un nouvel exemple de fracture du fémur mal réduite et vicieusement consolidée m'a fourni l'occasion de répéter l'essai de ma méthode. Le malade, sorti de l'hôpital où il avait été traité d'abord, a fait une chute nouvelle; le cal récent s'est rompu, et c'est alors qu'il est venu à l'hôpital Necker, et s'est trouvé confié à mes soins : un raccourcissement de deux pouces existait à son arrivée; l'appareil est appliqué depuis quelques jours; le malade le supporte sans douleur, et l'extension est tellement exacte qu'il n'y a plus de raccourcissement : je ne doute pas du succès le plus complet.

L'une des conditions de tout appareil d'extension perman-

te pour la fracture du fémur est que la contre-extension et l'extension soient opérées parallèlement au membre. Car si la contre-extension est oblique, elle sera faite, comme dans l'appareil de Desault ou de M. Boyer, sur l'aîne et l'ischion, ou plutôt sur la partie supérieure des muscles internes de la cuisse. Or, dans cette méthode, ce qu'on doit désirer pour le malade, c'est que la contre-extension ne s'exerce pas (ce qui arrive souvent, il est vrai, dans le procédé de Desault, sa bande oblique se relâche facilement) puisque si elle est efficace, elle excorie la peau qui recouvre l'attache des muscles internes de la cuisse, et comprime douloureusement les chairs. L'extension, dans le procédé de Desault, n'est point non plus parallèle au membre; elle porte le pied en dehors; elle est d'ailleurs appliquée sur le tendon d'Achille et le coude-pied qu'elle froisse. M. Boyer a sans doute fait une modification des plus importantes en appliquant sur toute la jambe ses lacs à extension; la traction est faite parallèlement au membre, et sa machine a une grande force; mais c'est une machine, et dans une infinité de circonstances il sera difficile de l'avoir sous la main, puisqu'elle n'existe pas même dans tous les hôpitaux de Paris; d'ailleurs il peut y avoir à la fois dans le même hôpital plusieurs malades dont la fracture exige l'appareil à extension permanente, il faudra donc avoir plusieurs machines semblables. Les praticiens savent bien que ce sont là des difficultés réelles; d'ailleurs on peut reprocher à l'appareil de ce célèbre chirurgien, comme à celui de Desault, l'obliquité de sa contre-extension.

Avec deux attelles de Desault, l'une extérieure plus longue, l'autre interne plus courte, deux bandes longues, un long ruban de fil comme celui qui sert aux liens ordinaires, un bandage de corps lacé ou bouclé, et l'appareil connu des fractures de la cuisse, on peut produire l'extension permanente la plus simple, la plus efficace et la plus facile à supporter. L'extension et la contre-ex-

tension seront tout-à-fait parallèles au membre, et l'une et l'autre faites aux extrémités des attelles interne et externe. Je commence par appliquer un bandage roulé sur le pied et la jambe jusqu'au genou; cela fait, je prends un ruban de fil de plusieurs aunes, j'en applique la partie moyenne sur la plante du pied; les deux extrémités sont dirigées en dedans et en dehors, sur le côté interne et externe de la jambe jusqu'au niveau de la partie supérieure du bandage roulé déjà appliqué: si la première bande n'est pas épuisée, je fixe sur la jambe les deux jets du ruban de fil, en faisant de haut en bas un second bandage roulé jusqu'aux malléoles; une seconde bande me sert à appliquer ce bandage si la première n'est point assez longue; les extrémités du ruban de fil sont ramenées de haut en bas et parallèlement au membre, et sont de nouveau fixées par des doloires. C'est sur ces extrémités, qui dépassent encore la plante du pied de 15 à 20 pouces, que sera faite l'extension : on voit que, d'une part, la partie moyenne du ruban, appliquée sur la plante du pied, a un point d'appui invariable, et que, de l'autre, ses deux jets sont maintenus sur la jambe de toute la force d'un double bandage roulé, sans que cependant la peau puisse être excoriée par leur frottement, puisque le premier bandage roulé la sépare du ruban. Je fais faire l'extension pendant la réduction de la fracture sur la partie inférieure de la jambe, afin de ne pas tirailler inutilement les bandages roulés; je panse la fracture comme à l'ordinaire; puis, pour faire la contre-extension, j'engage l'extrémité arrondie de l'attelle externe dans un gousset que je fais à l'instant en repliant sur toute sa longueur le bandage de corps que je place autour du bassin; je fais faire un gousset semblable au drap fanon pour recevoir l'attelle interne qu'il enveloppe d'ailleurs comme à l'ordinaire; l'attelle externe au-dessous du bandage de corps est de même et comme d'habitude entourée du drap fanon, et les coussins placés, je ferme l'appareil; je lace et je serre le bandage de

corps ; tout est disposé pour que la contre-extension soit solidement exercée quand je ferai l'extension sur les extrémités du ruban de fil. Les attelles interne et externe dépassent la plante du pied de 5 à 6 pouces, plus ou moins, mais elles la dépassent d'une longueur égale ; elles présentent d'ailleurs chacune la mortaise et l'échancrure des attelles de Desault, puisque ce sont les mêmes attelles. Alors je saisis les extrémités du fil dirigées, comme on sait, parallèlement au membre ; je les conduis chacune de leur côté sur l'échancrure de l'attelle correspondante, je les fais rentrer de dehors en dedans par la mortaise, et je les noue fortement ensemble par une rosette ; on pourrait les réunir par une boucle. De cette manière, l'échancrure de l'extrémité des attelles fait l'office de poulie de renvoi : l'effort qu'elle supporte de la part des rubans de fil tend à faire remonter les attelles, soutenues, comme je l'ai dit plus haut, dans le bandage de corps et le drap fanon ; la contre-extension a lieu, et par suite l'extension et l'alongement du membre. Tel est l'appareil simple et réellement efficace que je mets en usage pour obtenir l'extension permanente du membre inférieur ; ses avantages sont de plus d'un genre.

L'extension s'exerce, non pas sur le pied, comme dans l'appareil de Desault, mais sur toute la jambe, par l'intermédiaire des bandages roulés : elle a lieu parallèlement au membre, et quel que soit son degré, elle est facilement supporté par le malade. La contre-extension est aussi faite dans une direction parallèle à celle du membre ; le bandage de corps lacé pour l'attelle externe, et pour l'attelle interne le drap fanon, soutenu par les trois liens ordinaires de l'appareil de cuisse, présentent une résistance qui a été suffisante chez un homme robuste et très-musclé, dont je vais donner l'histoire succincte. Comme d'ailleurs l'extension ainsi pratiquée peut être graduée à volonté, j'ai la conviction, aujourd'hui fondée sur des faits, qu'elle pourrait convenir dans tous les cas. Enfin, ce qu'il faut remarquer aussi à

l'avantage de cet appareil, c'est qu'il est composé de pièces que le chirurgien a toujours sous la main, ou qu'il peut se procurer facilement.

J'avais déjà fait usage avec succès de l'appareil d'extension permanente que j'ai décrit plus haut, lorsque j'ai entendu parler d'une modification de l'appareil de Desault faite par M. Marcellin-Baumers, et consignée dans le *Journal de Médecine de Sèdillot*, tome XXIV, page 29. Nous sommes partis des mêmes principes, et cela se conçoit sans peine puisqu'ils ne sont autres que ceux de Desault et de Boyer; mais il existe entre la méthode de M. Baumers et la mienne d'assez notables différences pour que l'une doive être préférée à l'autre; et, je l'avouerai, la mienne me paraît beaucoup moins compliquée et réellement plus efficace. On va en juger. Suivant le Journal de médecine, les pièces de l'appareil de M. Baumers sont : 1.° une petite bande roulée destinée à faire un bandage circulaire sur le pied et la jambe jusqu'au-dessus des malléoles; une autre bande roulée longue de deux aunes, plus large et plus forte que la précédente, devant servir à fixer à la plante du pied la semelle dont il sera question plus bas; 3.° un lacs très-fort pour soutenir l'extrémité supérieure de l'attelle interne ayant à-peu-près une aune et demie de longueur, et replié sur lui-même de manière à former une anse sur laquelle est engagée une boucle. 4.° Deux coussinets faits de charpie ou de linge pour garantir les parties de la pression des bandes extensives; 5.° trois boucles solides d'une largeur et d'une forme telles que les lacs doubles y soient reçus sans se replier; 6.° un bandage de corps de cinq à six pouces de largeur, formé de quatre doubles, et dont le bord supérieur offre une résistance suffisante à l'attelle externe qui doit y prendre son point d'appui dans un gousset pratiqué exprès: un sous-cuisse fait de plusieurs bandes de toile et de deux travers de doigt de largeur, est fixé au bandage de corps en arrière et dans l'endroit qui

correspond à la tubérosité sciatique : le bandage de corps et le sous-cuisse doivent se serrer à l'aide de boucles ; 7.° deux attelles, une externe, l'autre interne ; l'externe doit être très-solide, large d'environ trois pouces, et assez longue pour s'étendre de la crête iliaque à quatre pouces au-delà de la plante du pied ; son extrémité supérieure sera arrondie vers les angles, afin de ne pas déchirer le bandage du corps sur lequel elle doit être appuyée. A un travers de doigt de l'extrémité inférieure, il existe une mortaise quadrilatère ; enfin vers le milieu de sa longueur à-peu-près, seront pratiquées deux mortaises étroites placées l'une à côté de l'autre, et parallèles à la longueur de l'attelle. L'attelle interne ayant la même largeur et la même épaisseur que l'externe, en partant inférieurement du niveau de celle-ci, ne devra monter que jusques à quatre travers de doigt au-dessous du pli interne de la cuisse. Echancrée à son extrémité supérieure, elle sera disposée du reste comme l'externe, moins les mortaises moyennes. 8.° Deux autres attelles simples, minces et étroites, ne dépassant pas la plante du pied en bas ; et s'étendant en haut, l'interne à deux travers de doigt au-dessous de la cuisse, et l'externe jusque vers la partie supérieure du membre. Ces attelles ne sont employées que pour la fracture du corps du fémur.

9.° Une traverse sur laquelle les deux attelles interne et externe s'appuyeront par leurs extrémités inférieures. On la fera d'un bois assez dur pour résister à l'effort de la puissance extensive, et d'une longueur telle, qu'étant en place elle dépasse un peu les attelles ; cylindrique dans son milieu pour que le lacs glisse sur elles avec facilité, elle sera quadrilatère dans le reste de son étendue, et l'on proportionnera ses extrémités à la grandeur de la mortaise inférieure des attelles. 10.° Une semelle de bois épaisse, forte, et dans l'épaisseur de laquelle seront creusées trois mortaises transversales, sur lesquelles le lacs extenseur

doit prendre son point d'appui pour se rendre sur la traverse. Ces lacs doivent être armés de boucles pour mieux diriger l'extension et l'exercer à volonté.

Le lecteur a déjà remarqué qu'il faut beaucoup plus de pièces pour l'appareil de M. Baumers que pour le mien. Quant à son mode d'application, il est facile à concevoir, bien que le *Journal-général de Médécine de Sédillot* nous laisse ignorer à quoi pouvaient servir les mortaises pratiquées sur la partie moyenne de l'attelle externe. Admettons, comme cela est probable, qu'elles servent à recevoir le lacs placé à la partie supérieure de l'attelle interne, et à transporter sur l'attelle externe tout l'effort de la contr'extension. A mes yeux cela est déjà un défaut de la méthode, car pour peu que l'attelle interne si courte vacille en avant ou en arrière, le lacs qui l'unit à l'attelle externe changera de longueur, et la contr'extension qui répond à l'attelle interne sera perdue : il est désavantageux d'ailleurs de faire porter la contr'extension entière sur l'attelle externe, ce qui exige une bien plus grande force de résistance dans le bandage de corps, qui supporte alors tout l'effort. Le sous-cuisse garni de coussinets, qui porte sur l'ischion et la marge de l'anus, doit gêner par son volume et par la pression latérale qu'il exerce entre le scrotum et la cuisse. L'attelle interne de M. Baumers ne monte que jusqu'à quatre travers de doigt du pli interne de la cuisse, ce qui prive le membre de soutien suffisant à sa partie supérieure et interne, et force le chirurgien à employer deux attelles accessoires, dont une au moins est fort inutile. Malgré les précautions prises pour rendre l'extension supportable au coude-pied et au tendon d'Achille, c'est toujours le même système que celui de Desault, à l'obliquité près ; et je suis sûr que la traction directe doit produire les mêmes escarrhes au bout de quelques jours : au contraire, dans mon appareil la traction est répartie sur toute la longueur de la ambe, et à moins que le bandage

roulé ne soit trop serré, ce qui fait gonfler les chairs au-dessus de son niveau supérieur, il n'y aura pas même d'excoriation. D'autre part, la semelle, la traverse en rapport exact avec les mortaises quadrilatères des attelles, le sous-cuisse garni, les coussinets du coude-pied, les boucles nombreuses qui garnissent l'appareil, sont des objets qu'on n'a pas constamment sous la main; et quoique je ne fasse aucune difficulté d'accorder que la méthode de M. Baumers soit plus efficace que celle de Desault, et moins compliquée que la machine de M. Boyer, je soutiens que ce qui lui reste de compliqué l'empêchera d'être d'un usage général. Je pourrais en donner pour preuve l'oubli complet dans lequel elle est enfouie dans le *Journal-général de Médecine*, depuis 1805, sans qu'elle ait été mise en usage. Je persiste donc à croire que la méthode que j'emploie, qui réunit la simplicité des moyens à toute la solidité désirable, et qui répond d'ailleurs à toutes les conditions de l'extension permanente du membre inférieur: 1.° forces extensives et contr'extensives parallèles au membre; 2.° application de ces forces sur de larges surfaces, et sur la jambe et le bassin; 3.° facilité de graduer l'intensité de ces forces à volonté, pourra devenir d'un usage habituel, et c'est dans cette espérance que je la publie.

Un homme, d'une force athlétique, a la cuisse droite fracturée par une pièce de bois; la fracture a lieu à l'union des tiers moyen et inférieur du fémur, elle est fort oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Le déplacement est très-considérable. J'applique le bandage de Scultet maintenu par un bandage de corps autour du bassin. Des compresses graduées, de petites attelles sont placées sur la saillie des fragmens. Une forte saignée répétée plus tard est pratiquée; le repos le plus absolu, une diète modérée, sont observés. Pendant long-temps le fragment supérieur persiste à faire une légère saillie en dehors, ou plutôt le fragment inférieur est entraîné en dedans. Au bout de soixante-dix jours l'ap-

pareil est levé, la fracture semble consolidée. On retire l'appareil. Le malade se trouve bien pendant deux jours, mais le troisième jour le cal a cédé à la traction musculaire favorisée par l'obliquité de la fracture; la cuisse est raccourcie; le malade ne pouvant supporter l'application immédiate des compresses graduées et des petites attelles, j'imagine le mode d'extension permanente que j'ai décrit plus haut. Chaque fois que l'appareil est visité, le membre a conservé sa longueur et sa forme. Par prudence il est conservé pendant deux mois. Appliqué le 20 décembre 1832, il est levé définitivement le 20 février 1833. La consolidation de la fracture est parfaite, et le membre n'a pas de raccourcissement appréciable.

Revue des maladies qui se sont présentées à la clinique interne de Strasbourg (professeur M. LOBSTEIN), *pendant l'année scolaire* 1830-1831; *par* MAURICE RUEF, *docteur en médecine.* (Fin.)

Paralysie des extrémités. — Madeleine M.*** âgée de 30 ans, fille publique, entra à la Clinique le 6 avril 1831, se disant atteinte depuis six mois de divers symptômes morbides, tels que vertiges, vomituritions, anorexie, douleurs des membres, aménorrhée, fleurs blanches; l'exploration indique l'existence de quelques granulations dans le vagin, dont l'entrée est légèrement excoriée; on lui prescrit l'injection suivante: (℞ Merc. subl. corros., gr. ij, déc. sémin. lin. delut., ℔ ij, m. f. solut. pro inject. vag.).

Le 8, elle se plaint des douleurs dans les pieds; ces douleurs persistent jusqu'au 16, que les pieds deviennent presque insensibles et sont frappés de stupeur, en même temps qu'il se déclare de violentes douleurs dans les jambes. (Même médicament, bain, opii., gr. ß bis. ℞ Camphor., ʒj, opii., ℈j, cerat. Galen., ℥j, m. f. pro frict.)

Les jours suivans, on lui donna les poudres de Dower à la dose de v à viij gr., trois fois par jour.

Le 21, douleurs, fourmillemens, stupeur, difficulté des mouvemens dans les membres inférieurs; on prescrit : (℞ Ext. nuc. vomic. ℈j, suc. glycyr., ʒj, m. f. mas. ex qua form. pil. n.° 60, s. à prendre 9 dans la journée, en trois fois.

Le 23, on donne 12 pilules.

Le 27, les symptômes sont toujours les mêmes et paraissent gagner les extrémités supérieures; les mains sont faibles et douloureuses. On prescrit : (℞ Merc. nitr. crist., gr. x, succ. glycyr. ʒj, m. f. m. pro pil. n.° 60, s. 1 pil. par jour, déc. lignor. pro potu.)

Les symptômes devenant de plus en plus graves, on augmente graduellement le nombre des pilules jusqu'à 4; on y associe l'opium à la dose de 1 gr. jusqu'à 6 gr. et la friction suivante sur l'épine du dos. (℞ Opii pur, gr. x, cérat. Galen., ℥ß, m. f. ung.)

Le 11 mai, les douleurs augmentent journellement, les frictions sur le dos produisent une légère diaphorèse à la région épigastrique; le sommeil, goûté par la malade seulement pendant quelques heures, ne ranime point les forces.

On donne 5 pil. de merc. et la potion suivante : (℞ Rad. valér., ʒij, inf. in aq. ferv., ℥iv, liq. cornu cervi succin., ʒj, sir. cort. aurant., ℥j, m. s. à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures.

La paralysie devient de plus en plus en plus éminente; le pouls est très-fréquent et très-petit; l'opium reste absolument sans effet. Un sentiment de fourmillement se joint aux autres symptômes.

Le 12, 6 pil. merc. (℞ Rad. valér., ʒij, inf. in aq. ferv., ℥iv, ext. nuc. vomic., gr. iv, sir. com. ℥j, m. à prendre 1 cuillerée à bouche toutes les heures. ℞ Teint. canthar., ℥ß, spir. vin. camphor., ℥ij, m. s. pour frictionner l'épine du dos.

Le 15, le ptyalisme se déclare, la paralysie fait toujours des progrès, les mouvemens des membres deviennent de plus en plus difficiles; on répète le même médicament avec un gargarisme d'alun. On augmente graduellement la dose de l'extrait de noix vomique jusqu'à gr. vj.

Le 17, un accès spasmodique ayant la forme d'une attaque d'hystérie, se déclare avec les symptômes suivans: tremblement dans les membres, perte de connaissance, spasmes presque tétaniques des muscles de la mâchoire inférieure, yeux fermés, respiration précipitée mais non laborieuse; la malade rend des vents par la bouche; cet accès dure cinq quarts d'heure et cède à l'emploi des sinapismes; il se répète les deux jours suivans avec plus d'intensité et est accompagné d'éructation de suc gastrique; les jambes seules restent immobiles.

Le 20, on prescrit: (℞ Ext. rhu. radic., gr. xv, suc. glycyr., ʒj, m. f. m. ex quâ form. pil. n.° 60, s. 4 dans la journée, 1 pil. toutes les trois heures. ℞ Flor. arnic., ʒiv, inf. in aq. ferv., ℥iv, add. liq. cornu cervi succin., ʒj, sir. com., ℥j, m. une cuillerée à bouche toutes les heures. 8 gr. de sulf. de quinine en pil. 4 le soir et 4 le matin.)

L'accès suivant a manqué, mais la paralysie fait toujours des progrès. On continue le même médicament, en portant la dose des pilules de rhus radicans jusqu'à 8 gr. On y ajoute des bains composés de ℞ Sulfat. sodæ., muriat. calc., sodæ., āā ℥j, m., et on y associe les poudres de Dower, à la dose de 5 gr. 4 fois par jour.

Le 14 juin, la douleur des membres augmente toujours. On donne: ℞ Rad. valér., ʒij, inf. in aq. fev., ℥iv, ext. chin., ʒj, sir. opiat., ℥j, m. une cuillerée à bouche toutes les heures; un vésicatoire entre les épaules.)

Le 21, les forces musculaires diminuent dans les membres supérieurs; on donne le même médicament auquel on associe; liq. cornu cervi succ., ʒj, ol. phosph., ℥j, pro embroc.

Le 22, on prescrit : ℞ Cort. peruvian., ʒ vj, f. c. aq. fort. dec., ℥ iv; add. ext. bellad., gr. j, liq. anod. mart. bestuc., ʒj, sir. cort. aurant., ℥j, m. une cuillerée à bouche toutes les heures.

Les jours suivans, on augmente successivement jusqu'à 3 gr. la dose de la belladone.

Le 1.er juillet, le mouvement revient un peu dans les extrémités inférieures, mais les mains sont toujours pesantes, les douleurs sont constamment les mêmes. On prescrit : (℞ Strychn., gr. ij, conserv. rosar., ʒß, m. f. pil. n.° 24, s. 2 pil. dans la journée; on porte à 6 le nombre des pilules de strychnine.)

Le 13, les douleurs augmentent; un état général de langueur et de faiblesse se joint à une petite toux; le pouls est fréquent, petit et filiforme; on ajoute la potion suivante : (℞ Rad. valérian., ʒij, inf. in aq. ferv. ℥ vj, add. liq. cornu cervi succin. ʒj, sir. com. ℥ j, m. s. une cuillerée à bouche toutes les heures.)

Le 16, la faiblesse est extrême, la toux continue, les membres sont douloureux, le pouls est fréquent, dur et assez élevé; il y a céphalée, et à un léger accès spasmodique succède un délire de six heures. (Vésicatoire à la nuque; ℞ liq. anod. min. Hoffm. ʒ jß; aq. chamom. ℥ iij; aq. naphæ, syr. alb. āā ℥ j M. S. à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures.

Le 17, mort.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — Tête. Légère infiltration de l'arachnoïde sur les deux hémisphères. Substance du cerveau sablée, ferme, consistante. Une cuillerée de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

Rien de particulier à la base du crâne et dans le reste du cerveau.

La sérosité cérébro-spinale, plus abondante qu'à l'ordinaire; canal sacré rempli de graisse dans laquelle cheminent les filets nerveux de la queue de cheval. La consistance de

la moelle correspond à celle du cerveau. Plaques cartilagineuses d'un blanc laiteux, de largeur variable jusqu'à celle d'une lentille, sur toute la surface antérieure de la moelle épinière, à commencer par la cinquième vertèbre dorsale.

Poitrine. Adhérence du poumon droit à la partie antérieure de la poitrine. Tubercules miliaires dans toute la partie postérieure. Tout le poumon gauche farci des mêmes tubercules qui se présentent aussi à la surface externe du lobe inférieur. Cœur à l'état naturel.

Abdomen. Foie énorme, adhérent au diaphragme, remplissant les deux hypochondres, s'étendant jusqu'à la région ombilicale, recouvert dans toute sa surface externe de tubercules semblables à ceux du poumon. Le péritoine qui tapisse le diaphragme est parsemé des tubercules en question, et très-enflammé. Glandes mésentériques engorgées, quelques-unes dans un état ostéo-pâteux.

Rate au-dessus de son volume ordinaire, remplie de tubercules de même nature que ceux du poumon et du foie. Estomac fortement contracté. Intestin grêle et gros intestin enflammés dans presque toute leur étendue; mésentère épaissi.

La matrice présente un vice de conformation remarquable. La cavité droite est développée de la manière ordinaire avec sa trompe, son ovaire et son ligament rond. La moitié gauche par contre est représentée par une tumeur ovoïde du volume d'une grosse noix, d'une structure fibreuse, et est liée à la moitié droite par une espèce de ligament très-épais, d'un pouce de longueur. Cette tumeur donne naissance au ligament rond et à l'ovaire gauche, mais la trompe manque entièrement.

En laissant de côté ce qui dans cette observation appartient à la maladie tuberculeuse, et qui était très-évidemment l'effet d'une diathèse, je m'occuperai seulement de la paralysie des membres, et je relèverai le résultat de l'examen cadavérique de la moelle de l'épine, savoir, les plaques

cartilagineuses que cette moelle a offertes, et qui résident constamment dans l'arachnoïde qui la tapisse. Sabatier est le premier qui les ait décrites, et M. Lobstein les a rencontrées deux fois sur des individus frappés de paralysie aux extrémités inférieures. Certes, il serait téméraire de leur assigner une influence directe dans la production de cette maladie, car quel rapport y a-t-il entre un mouvement musculaire aboli, accompagné par fois d'une sensibilité augmentée, et entre des concrétions fibro-cartilagineuses développées dans le tissu d'une membrane séreuse ?

Cependant si cette membrane appartient à un organe important, comme l'est la moelle de l'épine, la question change, et il est à présumer que ces concrétions indiquent l'existence d'un travail qui a eu lieu dans cet organe ou du moins autour de lui ; dès-lors elles deviennent pour ainsi dire plus significatives, et elles rentrent dans la même catégorie que ces épaississemens des tuniques, soit externes, soit internes, de certains viscères qui, quoique ne déterminant pas eux-mêmes des accidens, démontrent du moins qu'une activité irrégulière et morbide avait régné dans les organes auxquels ils servent d'enveloppe, et en avaient altéré les fonctions. Il n'y a pas bien long-temps qu'une cause directe de paralysie des extrémités inférieures s'est offerte à nos recherches; c'est une moelle de l'épine qui avait été réduite en un tissu presque coriace, sans avoir changé de dimension; la queue de cheval était rouge et conserve encore aujourd'hui cette couleur, quoiqu'elle ait été trempée d'abord dans de l'eau, et ensuite depuis plusieurs mois dans l'esprit de vin, ce qui prouve qu'elle avait été affectée d'une véritable inflammation. L'individu qui était porteur de cette maladie était depuis plus d'un an dans l'impossibilité de se servir de ses jambes; mais il n'y éprouvait pas de douleur, ce qui est en contradiction avec l'état inflammatoire de la queue de cheval, qui aurait dû agir d'une manière irritante plutôt que sédative.

La clinique nous a encore offert deux cas de paralysie des membres, chez un homme et une femme. Chez l'un et l'autre la maladie étant légére a bientôt cédé à l'emploi de la noix vomique : on a fait sur la femme quelques essais avec le magnétisme minéral ; on n'a jamais obtenu qu'une amélioration momentanée.

Anévrysme et palpitations du cœur. — Nous avons observé deux anévrysmes, l'un sur un homme, l'autre sur une femme; deux cas de palpitations de cœur se sont montrés chez deux femmes, et n'ont rien offert de particulier. Les symptômes ont cédé très-facilement à l'usage de la digitale pourprée.

La femme attaquée d'anévrysme, et chez qui nous avons trouvé des dilatations *passives* de toutes les cavités du cœur, était âgée de 57 ans, et fut reçue à la Clinique presque mourante. L'autre exemple d'anévrysme est le suivant.

Le nommé Louis Krauss, âgé de 30 ans, cordonnier, d'une petite stature et d'une constitution peu robuste, se présenta pour la seconde fois à la Clinique interne le 8 février 1831. La maladie pour laquelle il y avait déjà fait un séjour peu de temps auparavant, et pour laquelle il fut encore une fois traité, se trahissait par l'ensemble des symptômes suivans : face peu colorée, yeux cernés, pourtour des lèvres et des ailes du nez un peu livide, dyspnée plus ou moins violente occasionnée par tout mouvement brusque, et surtout par celui d'ascension, sensation de tension dans la région précordiale, pulsations tumultueuses dans cette même région, sensibles non seulement au toucher, mais encore à la vue, non pas bornées à un seul point de la poitrine, mais s'étendant plus ou moins du côté droit; isochrônes avec le pouls ; celui-ci, dans les intervalles des pulsations, fréquent et un peu plein. A ces pulsations, il s'en joignait de temps en temps d'une autre nature, sensibles dans la profondeur de la région supérieure et droite de l'abdomen, non isochrônes avec le pouls. On jugea que les premières

étaient dues à un anévrysme du cœur droit, et que les secondes appartenaient à la veine cave inférieure. Outre ces symptômes principaux de la maladie, on pouvait en remarquer d'autres qui en sont la suite ordinaire, tels que l'engorgement du foie, une ascite commençante, une tuméfaction œdémateuse des pieds. Pendant l'espace d'un mois, tous les efforts de la thérapeutique tendirent à calmer les palpitations qui, n'étant pas toujours permanentes, permettaient encore de douter que la maladie fût organique. On employa tour à tour des calmans, des évacuations sanguines et des fomentations froides sur la région précordiale. Chacune de ces médications apporta un soulagement assez marqué; mais la plus efficace fut celle à qui la digitale pourprée servit de base. Elle fut successivement administrée en substance, en infusion et en teinture. L'extrême fréquence du pouls fut abaissée jusqu'à 38 pulsations par minute; les pulsations du cœur avaient presque entièrement cessé pendant plusieurs jours, celles de l'abdomen avaient également diminué. A ce moyen on avait allié comme auxiliaires des diurétiques, tels que l'oxymel scillitique et l'éther nitrique, sans que pour cela le volume de l'abdomen ait diminué. Ennuyé du séjour de l'hôpital, et trouvant son état assez supportable, le malade sortit le 7 mars au matin, et mourut subitement dans la rue à six heures de l'après-midi du même jour. On ne put recueillir aucun renseignement sur les circonstances qui ont accompagné cet événement. Par ordre de la police, l'autopsie cadavérique fut faite seize heures après la mort. Elle fournit les résultats suivans :

Habitus général. — Tour des yeux, des ailes du nez et des lèvres, un peu livide; bas-ventre élevé, contenant des gaz et de la sérosité; légère infiltration des pieds et des jambes.

Tête. — Infiltration sanguine dans le tissu cellulaire crânien; la dure-mère et la pie-mère, principalement au lobe

postérieur de l'hémisphère droit du cerveau, sur lequel avait porté la chute de l'homme au moment de sa mort. Encéphale sain.

Poitrine. — Côtes plus bombées qu'à l'ordinaire dans la région correspondante du cœur. *Substance pulmonaire saine.* Lobe supérieur du poumon gauche refoulé en haut par le cœur. *Péricarde* tellement adhérent au cœur, qu'on est obligé d'en déchirer la substance pour le détacher. *Cœur* pesant une livre et demie. Anévrysme actif de toutes les parties, excepté du ventricule gauche. Rétrécissement extrême de l'orifice ventriculaire gauche, par l'effet d'une ossification très-prononcée de la valvule mitrale. *Epaisseur des parois du cœur : oreillette droite,* 2 à 4 lignes; *ventricule droit,* 6 à 7 lignes; *oreillette gauche,* 3 lignes; *ventricule gauche,* 6 lignes; *colonnes charnues* de l'un et de l'autre ventricule épaisses de 8 lignes.

Une masse calcaire, placée près de la bronche droite, comprimait le nerf pneumo-gastrique de ce côté. Les dimensions étaient les suivantes : longueur 18 lignes, largeur 14 lignes, épaisseur 7 lignes.

Cavité abdominale. — Péritoine contenant une assez grande quantité de sérosité. Estomac étranglé en deux culs-de-sac; sa membrane muqueuse un peu rouge. Foie gras et congestionné. Rate et reins également hypertrophiés, durs, congestionnés.

M. le docteur Boeckel, un des médecins cantonnaux de cette ville, dit avoir fait l'autopsie du frère aîné de cet homme, et avoir trouvé les mêmes lésions organiques, la masse calcaire exceptée. Leur sœur, moins âgée qu'eux, présente les mêmes symptômes qui ont été résumés au commencement de cette observation; en outre, elle est rachitique.

Cette observation fait naître plusieurs réflexions : 1.° le cœur de cet individu étant dilaté dans toutes ses cavités, et pesant 8 onces de plus que dans l'état ordinaire (même

après l'extraction du sang qu'il renfermait), était évidemment hypertrophié, et avait par conséquent les deux caractères physiques qui constituent l'anévrysme actif.

2.° Néanmoins cette hypertrophie n'était point générale, puisqu'elle n'affectait que les deux oreillettes et le ventricule droit dont les parois étaient trois ou quatre fois plus épaisses que dans l'état naturel, tandis que les parois du ventricule gauche avaient conservé leur épaisseur normale, circonstance toute particulière qui, d'après M. Lobstein, ne se rencontre que rarement, et qui est d'autant plus difficile à expliquer dans le cas présent, que la cause qui déterminait l'hypertrophie était générale et commune à toutes les parties du cœur.

3.° Cette cause était manifestement une ancienne péricardite de l'espèce de celle que M. Lobstein désigne sous le nom d'épiphlogose, qui n'étant pas accompagnée de symptômes aussi graves, tend à devenir chronique et à fixer sur les organes un travail nutritif exagéré; et ce qui prouve l'existence de cette inflammation, c'est l'adhérence intime du péricarde au cœur.

4.° Un semblable travail, mais qui vraisemblablement ne dépendait point d'un état inflammatoire, avait sans doute produit l'ossification de la valvule mitrale; du moins c'est par une plasticité irrégulière qu'on s'explique aujourd'hui ce phénomène. On sait d'ailleurs que les tissus fibreux ont une singulière tendance à s'imprégner de phosphate calcaire.

5.° Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par l'effet de l'ossification dont je parle, rend raison du double phénomène; savoir, de la non dilatation et du non développement du ventricule gauche, et de la dilatation avec hypertrophie de l'oreillette du même côté; il est rare en effet que les parois de cette dernière aient trois lignes d'épaisseur.

6.° L'anévrysme des cavités droites du cœur avait été

reconnu pendant la vie par les pulsations senties dans la région épigastrique et dans le côté droit de la poitrine, par la couleur un peu livide des lèvres et des ailes du nez, et par l'absence des battemens secs et vifs au côté gauche de la région précordiale; mais l'anévrysme de l'oreillette gauche ne pouvait être soupçonné, parce que, d'une part, il ne se trahissait pas par les signes qui lui appartiennent, tels que le frémissement cataire, ou le bruit de râpe ou de lime; et, d'une autre part, on n'observait point d'inégalité ou d'intermittence au pouls, etc.

7.° Le gonflement du foie est un phénomène qui se rencontre dans presque tous les cas d'anévrysme du cœur, particulièrement de celui qui occupe les cavités droites de cet organe. Il dépend, suivant M. Lobstein, non seulement d'une pléthore bien évidente, mais aussi d'un déplacement, et par lequel il s'approche davantage de la cavité pelvienne, circonstance qui influe d'une manière nuisible sur le jeu du diaphragme.

8.° La maladie n'avait pas encore parcouru chez notre sujet toutes les périodes, et n'avait pas encore déterminé les terribles attaques d'anxiété et de suffocation qu'elle a coutume de produire; les symptômes avaient au contraire perdu quelque chose de leur intensité, et le malade se sentait mieux, lorsque la mort le surprit d'une manière si inattendue. Ceci prouve que ce n'est pas par lui-même que l'anévrysme était devenu mortel, mais en excitant par une réaction sympathique une apoplexie nerveuse, terminaison qui arrive d'ailleurs assez fréquemment au rapport de beaucoup d'auteurs qui ont écrit sur cette dernière maladie.

9.° Enfin, il est encore à remarquer que la cause prédisposante de cette maladie était évidemment une disposition héréditaire.

Je ne m'étendrai pas, au reste, sur la doctrine professée à la clinique, relativement aux anévrysmes du cœur. Quoique cette maladie consiste dans une altération or-

ganique bien constatée, M. Lobstein fait néanmoins, pour son développement et sa marche, une large part à l'innervation morbide, et cherche à démontrer comment elle influe sur l'état physique de l'organe ; comment, par exemple, par son exagération, elle augmente les accidens, et comment, par son retrait, elle les diminue et les assoupit, au point que la maladie principale semble cesser tout-à-fait et qu'on croit s'être trompé sur son diagnostic. C'est aussi, suivant lui, le déplacement de cette innervation et un transport subit sur d'autres organes qui fait naître les phénomènes sympathiques qu'on observe dans les maladies organiques en général, et qui vont jusqu'à produire des accidens très-fâcheux et même la mort.

Embarras gastriques. — Nous avons compris sous cette dénomination la série d'affections des organes gastriques caractérisées par défaut d'appétit, dyspnée, envies de vomir, renvois acides, borborygmes, flatulence, diarrhée avec ou sans coliques, etc. Ces maladies, si communes dans la pratique civile, ne peuvent guère être rapportées à telle ou telle classe de lésions ni à une altération spéciale du tissu des parties. Dans ces maladies, que nous avons observées sur sept hommes et dix femmes, le médecin a deux choses à examiner ; 1.° s'il existe un état saburral ; 2.° quelle est la *température vitale* (pour me servir de l'expression de M. Lobstein) qui a prédominé dans le cas particulier. Quant au premier point, on sait que le traitement gastrique est le seul applicable. A la clinique, l'ipécacuanha est plus souvent employé que le tartre stibié, parce que sa vertu vomitive est plus sûre et plus constante ; et parmi les purgatifs on se sert le plus fréquemment d'un mélange de poudre de séné et de magnésie calcinée donné à des doses réfractées.

Pour ce qui concerne le second point, il est rare que la maladie soit marquée au coin de l'hypersthénie : c'est au contraire l'atonie qu'on y remarque et qui exige l'emploi

des amers, à commencer par les plus doux pour passer aux plus énergiques. Ceux que nous avons vu prescrire le plus souvent et avec succès, sont les extraits de fumeterre, de petite centaurée, de gentiane, le fiel de bœuf, le quassia, l'elixir stomachique d'Hoffmann.

Il arrive néanmoins que l'embarras des premières voies soit accompagné d'un éréthisme nerveux qui, sans constituer un état hyperdynamique, se manifeste par une sensibilité morbide des organes et qui tient déjà du caractère de la gastro-entéralgie. Dans les cas où l'on remarque communément une perversion du suc gastrique, prouvée par le pyrosis, des éructations acides, etc., les médicamens qui ont été les plus efficaces consistent dans les poudres absorbantes unies aux substances amères non-astringentes, et aux calmans non-irritans, comme, par exemple, un mélange d'extrait de fumeterre, de jusquiame et de magnésie calcinée. Des potions composées d'une solution de carbonate de potasse, dans une infusion légèrement amère, et d'une certaine dose d'eau de laurier-cerise, étaient également d'un très-bon effet. Quoique l'usage des emplâtres ait été considérablement restreint dans les temps modernes pour la cure des maladies internes, nous pouvons néanmoins certifier que celui qu'on appelle *emplâtre de galbanum safrané* a plus d'une fois, non-seulement calmé les irritations gastriques, mais aussi rétabli la force digestive de l'estomac. Il est encore un symptôme qui doit fixer l'attention des praticiens dans les embarras gastriques, c'est le développement des vents; si, comme tout nous invite à le faire, on doit le considérer sous deux points de vue, le traitement ne pourra pas être le même dans tous les cas. La flatulence, en effet, est tantôt le résultat d'une atonie dans les organes digestifs; alors elle exige l'emploi des amers unis à quelques substances carminatives, tantôt au contraire elle est due à une innervation morbide à l'instar de ce qu'on observe dans les accès d'hypochondrie et d'hys-

térie, et dans ces cas qui ont été qualifiés par Richter, de *spasmi inflativi*, ce sont les antispasmodiques qu'on doit mettre en usage ; ceux dont on se sert avec plus d'avantage à la clinique sont les potions gommeuses renfermant l'éther, l'acide nitrique alcoholisé et surtout la liqueur ammoniacale anisée. Dans quelques circonstances aussi on lui ajoute l'eau de laurier-cerise ou une préparation opiacée.

Choléra-morbus sporadique. — Adélaïde Lachaise, âgée de 28 ans, non-mariée, entra à la Clinique le 21 novembre 1830, se disant malade depuis trois mois environ ; cette affection avait commencé par des douleurs continues à l'estomac, auxquelles étaient venues se joindre, depuis quelques semaines, des vomissemens et une diarrhée non-interrompue ; l'application de 30 sangsues, répétée trois fois, n'avait apporté aucun soulagement ; à son entrée à la Clinique, elle présenta les symptômes suivans :

Face pâle ; douleur très-vive au creux de l'estomac ; tous les alimens sont rendus par le vomissement peu après leur ingestion ; langue sèche ; pouls petit et grêle ; forces abattues ; règles supprimées depuis trois mois ; état général d'asthénie. — Prescriptions : ℞ Kal. carbon., gr. vj ; gum. arab. ; aq. laur. ceras. āā ʒj ; émuls. amygd. ℥ iv ; laud. liq. Sydenh. ℈ j ; m. s. une cuill. à b. t. l. heur. : ℞ Semin. lin. ℥ ß ; cap. papav. N.° 6 ; f. cum aq. font. decoct. ℔j ; pro clysm. ; un catapl. narcotico-émoll. sur le ventre ; frictions avec l'huile de jusquiame.

Le 22, les symptômes locaux ont un peu diminué ; la malade n'a eu qu'un seul vomissement et trois selles le matin ; la douleur au creux de l'estomac est moindre ; la langue un peu sèche ; le pouls toujours petit et presque filiforme ; du reste l'état général est absolument le même. — On prescrit : ℞ Gumm. arab. ʒj ; aq. meliss. aq. naph. āā ℥ij ; laud. liq. Syd. ℈ j ; sir. cort. aurant. ʒj ; m. une cuill. à b. par heure : ℞ Liq. anod. min. Hoffm. ʒij, s. à

prendre 6 goutt. dans chaque dose de la mixture; catapl. narcotico-émoll. sur le ventre; lotions avec du vin aromatique.

Le 23, les vomissemens ont redoublé pendant le jour précédent et la nuit; ils sont évidemment bilieux; la malade se plaint de douleur à la gorge; même état général des forces. (℞ Pulv. aeroph. ℈ ij; det. in. tripl. : ℞ Ol. coct. hyosc. ℥j; laud. liq. syd. ʒij, m. pour frict. sur l'abd.; vin aromat. pour lotion.)

Dans la journée, les vomissemens ont redoublé de fréquence, mais il n'y eut que deux selles bilieuses; sur le soir, l'application de sinapismes a fait cesser momentanément les vomissemens; dans la nuit, la malade a eu une selle moins bilieuse. (℞ Laud. liq. Syd. ʒ ß; aq. meliss. ℥iv; m. une cuill. toutes les demi-heures. : ℞ Ol. hyosc. ℥j pour frictions; catapl. émoll.; vésicat. sur le creux de l'estomac.) La malade a eu un peu de repos pendant la nuit.

Le 25, aux symptômes précédens, vient se joindre une éruption cutanée sous forme de taches rouges à la paume des mains, à la face et à la poitrine; le vésicatoire coule abondamment. — On prescrit : ℞ fl. sambuc. ℥ ß, toutes les heures une demi-tasse.

Le 26, un exanthême semblable à celui de la rougeole se répandit sur tout le corps; malgré cette éruption qui parassait vouloir être critique, la malade mourut le même jour.

A l'autopsie, faite le 28 à 8 heures du matin, tous les organes ont été trouvés sains, à l'exception de l'œsophage qui était d'un rouge violacé, parsemé de taches noirâtres. — Cette observation présente au plus haut degré les symptômes du choléra-morbus sporadique exempt de complication, et nous semble propre à mettre en évidence la nature nerveuse de cette maladie que quelques médecins ont cherché à rattacher à une inflammation du tube digestif. En effet, l'œsophagite trouvée après la mort n'a été

que le résultat de l'irritation permanente exercée par les matières âcres et presque corrosives, réjetées par les vomissemens.

Miliaire. — Nous avons observé trois miliaires sur trois femmes; l'une de ces femmes était déjà presque convalescente, lorsqu'elle fut reçue à la clinique. Chez une autre, la miliaire fut précédée d'une péripneumonie et d'un embarras gastrique qui cédèrent, l'un et l'autre, très-promptement à un traitement rationnel. Quant à la troisième, je crois devoir rapporter dans toute son étendue l'histoire de la maladie.

Catherine Jung, âgée de 25 ans, élève sage-femme, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, s'étant toujours bien portée et n'ayant jamais eu de dérangement dans ses règles, fut prise, le 28 avril 1831, de malaise général, de céphalalgie et de douleurs dans les membres sans cause connue. L'atmosphère était très-humide, la température assez froide (9.° + Réaumur). Les vents de Sud-Est soufflaient avec force; il tombait depuis plusieurs jours de grandes pluies; j'indique à dessein cet état de l'atmosphère, sans prétendre lui attribuer les fièvres miliaires qui régnaient à cette époque et spécialement parmi les condisciples de notre malade. Celle-ci continua le lendemain à se plaindre du même abattement et de la même céphalalgie que la veille. Le 30, elle fut obligée de s'aliter; les douleurs des membres et les maux de tête avaient augmenté; elle se plaignait aussi de lumbago et de chaleur générale suivie d'abondantes sueurs qui répandaient une odeur forte. Le soir, chaleur brûlante; sueurs pendant toute la nuit; plusieurs lipothymies; par momens, des anxiétés, des fourmillemens dans les doigts, mais point d'oppression; respiration libre. Les organes gastriques étaient en bon état, seulement l'appétit avait disparu. Le 1.er mai, quatrième jour depuis les premiers prodrômes, apparition sur la poitrine de petits boutons rouges, élevés

sur la peau, occasionnant un léger purit; sueurs copieuses d'une odeur acide fétide; douleurs des membres et céphalalgie diminuées.

Le 2, apparition aux cuisses d'un assez grand nombre de pustules miliaires, semblables à celles de la poitrine.

Le 3, sixième jour, éruption générale sur le cou, les bras, les jambes, le tronc; les boutons sont petits comme des grains de millet, très-rouges, peu élevés sur la peau; point de dyspnée ni d'anxiété; chaleur très-forte; point de douleur.

Le 4, mêmes symptômes; la malade fit chercher le médecin cantonnal qui prescrivit une infusion de tilleul.

Le 5, éruption toujours très-vive; par intervalles, seulement quelques angoisses; respiration toujours naturelle, mais pouls fébrile; chaleur intense et sueurs très-copieuses. Un officier de santé, ayant été appellé, prescrivit une potion sudorifique composée de: ℞ Eau de till. ℥ iv; acét. d'amm. ℥ ß; gomme ʒij; sir. capill. ℥ j; m.

Il fit faire sur l'épigastre des frictions avec un onguent composé de deux gros d'ouguent mercuriel et d'un demi-gros de tartre stibié.

Le 6, la malade se trouve un peu soulagée; douleurs des membres et céphalalgie un peu moins forte; chaleur et sueurs toujours au même degré. Même traitement.

Le 7, douzième jour de la maladie, suppression subite de la sueur, sans qu'on puisse rattacher ce phénomène à aucune cause. La peau est toujours très-chaude. Les pustules miliaires de la poitrine s'emplissent d'une sérosité purulente. Des pustules nombreuses, produites par l'onguent, se manifestèrent sur toute la région épigastrique. (Potion sudorifique.)

Le 8, chaleur extrêmement intense; pas de sueurs; fréquentes lipothymies. Le soir, dyspnée revenant par accès de quart-d'heure en quart-d'heure; attaques de suffocation. (Potion sudorifique; sinapismes sur les mem-

bres ; vésicatoires aux mollets). La dyspnée dure toute la nuit. A 3 heures du matin, elle devient extrême. Cet état dure jusqu'à 7 heures. Cette dyspnée est accompagnée de palpitations du cœur, de vomissemens, d'angoisses ; à ces symptômes se joint le découragement ; la malade s'imagine qu'elle touche à sa fin et manifeste le désir qu'on écrive à ses parens pour les faire venir auprès d'elle.

Le 9, au matin, la poitrine et les bras étaient couverts de pustules très-nombreuses à l'état de suppuration ; quelques-unes commencent à se dessécher ; l'état général était peu satisfaisant. Plaintes et gémissemens ; agitation continuelle ; la tête se portait sans cesse à droite et à gauche ; oppression très-pénible ; respiration assez courte et fréquente ; céphalalgie ; soif intense ; langue humide, légèrement blanchâtre ; vomituritions continuelles ; bouche pâteuse ; épigastre, abdomen et même toutes les régions du corps douloureuses à la pression ; abdomen dur, mais non ballonné ; ventre resserré ; on n'obtient plus de selles que par lavement ; pouls fréquent, mais mou et offrant encore assez de réaction ; peau brûlante, mais non aride ; l'éruption aux jambes a disparu depuis trois jours ; la malade nous apprend que les règles ont apparu dès le début de la fièvre, le 29 avril, et qu'elles ont duré pendant neuf jours, mais qu'elles ont été très-peu abondantes, puisqu'elle ne perdait par jour qu'une très-faible quantité de sang noirâtre. C'est en ce moment que M. le professeur Lobstein, appelé à traiter la malade, prescrivit les remèdes suivans : potion sudorifique composée d'acétate d'amoniaque, une once et demie, dans six onces d'infusion de tilleul ; gouttes antispasmodiques composées de parties égales de teinture de valériane, d'esprit de nitre dulcifié et d'esprit de sel ammoniaque anisé, à prendre 15 gouttes à la fois dans les accès de dyspnée ; lotions sur les extrémités, de deux en deux heures, avec une solution d'une demi-once de potasse caustique dans deux livres

d'eau distillée. Ces lotions devaient être faites à la température de 28° Réaumur; enfin frictions sur l'épigastre, quatre fois par jour avec une pommade composée de : ♃ Onguent mercur. ʒij ; ole. hyosc. ℥j ; m.

Pendant la journée, agitation continuelle; anxiété; palpitations de cœur; découragement; point d'accès de dyspnée. Un lavement simple fut rendu sans matières fécales; les nausées devinrent fréquentes; la malade prend avec répugnance les médicamens : quatre vomissemens de matière bilieuse, épaisse ou visqueuse, et elle les attribue à la potion sudorifique qu'elle refuse de prendre; la tisane elle-même est rejetée; la faiblesse augmente sensiblement. A 5 heures du soir, décomposition des traits; face pâle; pouls petit, faible, très-fréquent; peau brûlante et sèche; abdomen dur sans être ballonné; peu de douleur; respiration courte, précipitée, pénible; voix très-faible; refus de tout médicament; appétence de boisson froide et acide; abattement moral au plus haut degré; prostration des forces; les pustules miliaires de la poitrine ont presque disparu. (Vésicatoire sur l'estomac, vésicatoire des jambes entretenus par l'onguent épispastique; poudre composée de : ♃ Musc. gr. ij; gomme; sucre, āā gr. iv; s. une poudre toutes les heures).

Continuation des lotions alcalines; cataplasme émollient très-chaud appliqué au creux de l'estomac. A 8 heures, gémissemens; hoquets; oppression extrême; angoisses; cet état dure quelques instans. A 9 heures, agonie; perte de la voix; la malade ne répond plus aux questions et semble ne plus les comprendre, ou plutôt ses facultés paraissent complètement anéanties; la respiration devient de moment en moment plus faible; elle pousse parfois de profonds soupirs et meurt à 10 heures du soir.

Autopsie faite 34 heures après la mort. — Thermom. 6.° Réaumur. La veille, le thermomètre marquait 6.° le matin et 10 à midi. — *Extérieur :* Putréfaction très-avancée;

odeur extrêmement fétide s'exhalant du cadavre ; emphysème général ; effet de la putréfaction ; veines cutanées, bleues, dilatées ; sugillations nombreuses de couleur verte à la face, à la poitrine, aux cuisses et au dos ; la face et la poitrine sur tout est d'un bleu verdâtre presque uniforme ; un sang dissous s'écoule par les narines ; la figure est méconnaissable.

Poitrine. — Poumons sains, emphysémateux ; péricarde à l'état normal, renfermant la quantité ordinaire de sérosité ; cœur flasque ; ses cavités sont remplies d'un air élastique qui fait qu'elles reviennent à leur état primitif, quand on cesse de les comprimer. Aucune trace de pustules miliaires sur ces divers organes.

Abdomen. — Estomac sain ; ses veines sont dilatées par l'effet de la putréfaction ; intestin météorisé ; muqueuse gastro-intestinale tout-à-fait à l'état normal : aucune trace de gastrite, d'entérite ou de péritonite ; foie sain ; rate ramollie, probablement par l'effet de la décomposition du cadavre ; tissu-cellulaire sous-cutané, sous-séreux, sous-muqueux et interstitiel des organes dans l'état emphysémateux.

Le crâne ne fut pas ouvert.

On a pu voir dans l'histoire de cette maladie la fièvre miliaire essentielle dans toute sa force et dans toute sa malignité. Ce n'est d'ailleurs que trop souvent que les praticiens de Strasbourg ont l'occasion de l'observer ; mieux placés qu'ils sont pour cela que les médecins des autres parties de la France où cette maladie est plus rare, bien qu'à différentes époques, on en ait vu des épidémies telles que celle de Louviers en 1778, du haut Languedoc, en 1781 et 1782, et plus récemment dans les départemens de l'Oise et de Seine et Oise en 1821. Ce qu'il y a de singulier, c'est que dans cette affection, on ne se soit pas encore livré à beaucoup d'ouvertures cadavériques pour constater les désordres qu'elle entraîne dans les organes. Cela tiendrait-il à la promptitude avec laquelle la putréfaction s'empare des

corps et qui est encore confirmée par l'exemple que j'ai cité. Cette circonstance milite, au surplus, en faveur d'un principe septique qui parait être la cause prochaine de la miliaire essentielle. La controverse, parmi les auteurs au sujet de cette essentialité, est connue : un certain nombre la rejettent, un plus grand nombre l'admettent ; après avoir produit les argumens des uns et des autres, le professeur de clinique se range dans ses leçons du côté de ces derniers, partisans de l'essentialité, et voit dans la miliaire une maladie éruptive qui est toujours marquée par un cortége de symptômes déterminés dans un rapport direct et même dans un rapport de causalité, de telle sorte que lorsque ces symptômes paraissent, le médecin peut prédire avec assurance l'apparition de l'exanthème.

Ce qui fortifie encore cette opinion, c'est que cet exanthème a quelque chose de propre et de spécial, d'abord parce qu'aucun autre ne peut faire naître les mêmes accidens ni les mêmes phénomènes, et que dans aucun autre on ne peut signaler comme points caractéristiques et principaux ; 1.° une irritation spécifique bien distincte de l'irritation inflammatoire, et qui porte principalement son action sur l'appareil de la respiration et celui de la génération chez la femme ; 2.° un changement dans la crase du sang et par lequel la partie séreuse se sépare facilement de la partie fibrineuse et est entraînée au dehors par les sueurs immodérées ; 3.° un désordre tout particulier dans le système nerveux ; 4.° une tendance à la formation d'un exanthème et dont les symptômes précurseurs sont les douleurs des membres, la sensibilité particulière dans le bout des doigts, le prurit et la chaleur de la peau.

Hydropisies. — 11 hydropisies, chez 3 hommes et 8 femmes. Sur ces malades, deux ont été guéris : l'un, entré à la Clinique après six mois de maladie, offrant tous les symptômes d'une hydropisie générale, fut guéri dans l'espace de vingt-quatre jours par l'emploi continu de la digitale pour-

prée, administrée en poudre à la dose de : et 2 grains. Parmi les malades qui ont succombé, cinq ont été ouverts trente-six, quarante heures après la mort; ils ont présenté les altérations ordinaires, telles que hydropéricarde, hydrothorax, etc. Tous ont offert le cœur, et surtout le ventricule droit avec son oreillette, dans un état de relâchement et de dilatation qu'on pourrait nommer anévrysmatique. On attribue ordinairement la présence de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire ainsi que dans les grandes cavités splanchniques, à la rupture de l'équilibre entre l'inhalation et l'exhalation, et on admet que cette sérosité avait été un instant à l'état de vapeur avant de passer à l'état liquide. Cette explication peut très-bien s'appliquer à ces sortes d'hydropisies qu'on pourrait nommer transitoires, et qui, dépendant d'un mouvement brusque dans l'organisme, font naître un trouble passager dont la suite est l'accumulation séreuse (1).

Mais ces amas d'eau si durables, si opiniâtres, qui reparaissent promptement après une première disparition, semblent tenir à une nouvelle fonction, ou du moins à l'exaltation d'une fonction primitive. Ainsi les vaisseaux exhalans se transformant en véritables vaisseaux secréteurs, ce n'est plus une vapeur susceptible d'être condensée, c'est un fluide nouveau déjà tout formé qu'ils fournissent. Dès-lors les lames du tissu cellulaire et les membranes séreuses, au lieu de n'être que des surfaces évaporantes, deviennent, par un travail de physiologie pathologique, de véritables organes secréteurs.

Dans les hydropisies qui se forment brusquement, l'innervation, dont l'empire s'étend jusque sur les exhalans, paraît jouer un grand rôle. Elle change le ton et l'énergie de la membrane sur laquelle ces vaisseaux se ramifient. Voilà pourquoi certaines ascites et anasarques sont précédées

(1) Breschet, *Dissert. sur les hydrop. act.* Paris, 1812.

de douleurs. Dans les hydropisies au contraire qui se manifestent après des maladies longues et lorsque les malades sont arrivés au dernier degré d'épuisement, la force nerveuse semble dédaigner le travail qui les fait naître; alors on pourrait les assimiler à ces transsudations atoniques auxquelles la force de la vie n'oppose plus aucune force de résistance. Elle est en conséquence bien fondée, cette division, en active et en passive, et c'est sur elle que doit reposer le traitement à employer contre cette maladie, toutefois après avoir constaté si elle est idiopathique ou symptomatique.

C'est d'après ces indications qu'a dû être dirigée notre thérapeutique. Lorsqu'une constitution pléthorique, une diathèse phlogistique, la suppression d'un flux sanguin, le peu de durée de la maladie, nous faisaient reconnaître l'existence d'une hydropisie active, la méthode antiphlogistique, en y comprenant les sels neutres et les purgatifs appelés rafraîchissans, ont fait tous les frais de la cure.

Dans la classe des hydropisies atoniques produites par des diarrhées, des hémorrhagies, par la constitution lymphatique en général, les toniques associés aux diurétiques nous ont été d'un secours efficace. Y avait-il des engorgemens dans quelques viscères du bas-ventre, c'est aux résolutifs qu'on unissait les diurétiques. La scille ne nous a pas rendu les services que nous attendions d'elle. Fréquemment elle causait des vomissemens et des nausées, sans diminution de l'hydropisie; mais nous avons mieux constaté l'efficacité de la digitale et de ses préparations. Lorsque nous avions à combattre une extrême faiblesse du système nerveux, nous prescrivions, dans une infusion diurétique, l'acide nitrique alcoholisé. Quant à la ponction, ce moyen, auquel on a recours dans la dernière extrémité, procure rarement une guérison complète. Peut-être en trouve-t-on la raison dans le retard que l'on met à l'employer dans un moment opportun. Nous avons eu l'année précédente un exemple

frappant de guérison qui est consigné dans les *Archives de la Clinique* (1) par mon ami M. le D.r Burckhardt. J'ai eu l'occasion de voir la femme qui fait le sujet de cette observation; elle jouit encore en ce moment d'une santé parfaite.

Je n'ai pas tenu compte dans ce travail de plusieurs autres genres de maladies qui ont passé sous nos yeux dans le courant de l'année, parce qu'elles n'ont fixé notre attention par aucune particularité, soit sous le rapport des symptômes et des médications, soit sous le point de vue de doctrine. Les faits que nous venons d'exposer suffisent d'ailleurs pour initier le lecteur aux idées sous l'influence desquelles M. Lobstein professe, écrit et pratique. Nous ne prétendons pas avoir développé toutes les vues médicales du professeur de Strasbourg, encore moins oserions-nous les embrasser dans un jugement qui ne trouverait pas sa sanction dans notre expérience personnelle.

De quelques faits intéressans observés à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, *pendant l'année* 1832; *par* A. Duplay. (Suite.)

Obs. I.re — *Abcès considérables dans diverses parties du corps; abcès nombreux dans l'épaisseur de la peau formant une éruption de nature particulière; abcès des poumons; ramollissement marqué de la rate.* — Morizé, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 9 novembre 1832. Pour tout renseignement, nous apprîmes de lui qu'il était malade depuis quelques jours seulement, qu'il éprouvait des douleurs dans le coude et le bras droits. Son facies était altéré, et cependant un examen attentif ne fit rien découvrir chez lui d'extraordinaire. Le pouls était un

(1) Deuxième année, tome II, N.o 48.

peu fréquent, l'état des voies digestives et de la poitrine paraissait très-bon. Pendant plusieurs jours ce malade fixa peu notre attention; son affection paraissait être un rhumatisme articulaire sans gravité. Les douleurs qu'il éprouvait dans le coude étaient légères, lorsqu'il survint tout-à-coup, au-dessus de l'articulation, un abcès de la grosseur d'une petite noix. Ce fut d'abord un simple engorgement rougeâtre peu douloureux qui se ramollit bientôt; mais il ne fut pas ouvert, et les jours suivans il s'affaissa peu-à-peu. A cette époque, le pouls était fréquent, la langue humide, le facies altéré; le malade éprouvait un malaise général et des douleurs vagues dans les membres; enfin, son état paraissait grave, quoique cette gravité ne pût s'expliquer par l'état des viscères contenus dans les grandes cavités qui furent examinées avec soin. Quatre jours avant sa mort, il tomba dans la prostration, le pouls devint petit et fréquent, la langue se sécha, il survint de la diarrhée; les dents se desséchèrent et s'encroûtèrent d'un enduit fuligineux; en même temps des points d'un rouge livide, qui reposaient sur une base dure, se montrèrent sur différens points de la peau. Vers les deux derniers jours de la vie de cet homme, il existait au niveau des deux pommettes, qui avaient été le siége d'une rougeur violacée et d'une tuméfaction avec empâtement, deux abcès dans lesquels la fluctuation était manifeste. Alors se montrèrent aussi sur le col, sur la partie supérieure de la poitrine, une foule de petites tumeurs de grosseur variable. La plupart avaient le volume d'un pois, quelques-unes un volume plus considérable; leur base était dure, le sommet semblait ramolli. D'autres étaient ramollies dans toute leur étendue, et ne présentaient pas cette dureté à leur base. L'état du malade s'aggrava; il tomba dans la prostration la plus complète; son pouls devint filiforme; il cessa de répondre aux questions qu'on lui adressait; il eut des rêvasseries, et succomba dans cet état avec une quantité énorme

de ces petits abcès sous-cutanés. A l'autopsie, l'on trouva les altérations suivantes :

A l'extérieur, au niveau de chaque pommette, il existait un abcès du volume d'une noix; le pus qui s'en échappa était d'un gris rougeâtre. Sur le col il existait plusieurs petites tumeurs du volume d'un gros pois, et qui renfermaient un pus blanc et bien lié. Au sommet de chaque épaule on voyait une collection purulente peu étendue. La peau des avant-bras présentait çà et là des pustules comme celles du col. De plus, dans l'épaisseur des muscles, il existait plusieurs collections purulentes, de véritables abcès, dont le plus volumineux avait le volume d'un œuf de pigeon. Les fibres musculaires étaient brusquement interrompues et comme macérées au niveau de chacun d'eux. Le tronc présentait çà et là quelques petites collections purulentes dans l'épaisseur de la peau. Des incisions pratiquées dans l'épaisseur des muscles n'ont rien fait découvrir. A la cuisse droite, deux abcès, volumineux comme une noix, occupaient sa face externe, outre un grand nombre de petits abcès sous-cutanés qui étaient disséminés sur la peau. La cuisse gauche renfermait deux abcès, un à la partie moyenne de sa face antérieure, un autre à la partie inférieure de la face externe. A la jambe droite, qui ne présentait aucun de ces petits abcès sous-cutanés, une incision pratiquée dans l'épaisseur des muscles ouvrit un vaste foyer purulent. Il occupait la face antérieure et externe de la jambe; il avait détruit le muscle jambier antérieur, dont les fibres étaient macérées par un pus filant et rougeâtre. La face externe du tibia était entièrement dénudée de son périoste, et le tissu osseux immédiatement en contact avec la matière purulente. A la jambe gauche, un abcès semblable, un peu moins étendu peut-être, occupait la même place. De plus il en existait trois autres bien circonscrits, beaucoup moins vastes, tout au plus capables de loger une grosse noix, dans les muscles jumeaux.

Articulations. — Les deux articulations de l'épaule, du coude, les articulations radio-carpiennes, les articulations coxo-fémorales, les articulations du genou et du pied, furent ouvertes, et toutes offraient une altération identique. La synovie, au lieu d'être claire et limpide, au lieu de revêtir seulement d'une couche légère les diverses parties de l'articulation, était d'un jaune légèrement verdâtre, plus épaisse que dans l'état normal, se rapprochant plutôt du mucus que de la sérosité, et en quantité beaucoup plus grande que dans l'état ordinaire.

Système circulatoire. — Des recherches faites sur les vaisseaux des membres ne découvrirent aucune trace de phlébite.

Le cerveau était sain. Les substances blanche et grise avaient leur consistance normale. Le poumon gauche était revêtu d'une couche excessivement mince de fausses membranes récentes, molles et faciles à déchirer. A la partie postérieure, le tissu pulmonaire était engoué; dans le reste de l'étendue de l'organe, il était bien crépitant. Le poumon droit, sain dans sa partie antérieure, était légèrement engoué en arrière. Vers la partie inférieure du lobe supérieur, il existait un abcès gros comme une noisette, renfermant un pus blanc et bien lié. Le cœur était sain, il renfermait peu de sang. Les gros vaisseaux de la poitrine et de l'abdomen étaient sains.

L'estomac et tout le canal intestinal étaient dans l'état normal. Le foie, les reins n'offraient rien de particulier. La rate très-volumineuse était excessivement ramollie; on la déchirait facilement, et son tissu laissait échapper une grande quantité d'un liquide épais et de couleur lie-de-vin.

Il existe la plus grande analogie entre ce fait et deux observations, dont l'une appartient à M. Dalmas, l'autre à M. Menière, et qui, toutes deux, se trouvent consignées dans le mémoire de Dance sur la phlébite (1). L'auteur du

(1) *Archives générales de Médecine*, tom. XVIII et suiv.

mémoire ne donne aucun titre à ces observations (XVIII et XIXme), parce qu'il ignore la nature et le caractère des affections qu'elles représentent. Cependant, comme les altérations qui les accompagnent se rapprochent de celles que l'on rencontre à la suite de la phlébite, l'auteur a cru devoir rapprocher ces faits des cas d'inflammation veineuse. Comme il serait trop long de rapporter en détail ces deux observations, nous allons en faire ressortir les particularités les plus remarquables; quant à des détails plus circonstanciés, nous renvoyons le lecteur à l'excellent ouvrage de Dance.

Le malade qui fait le sujet de la première de ces deux observations, et qui fut observé par M. Dalmas, était âgé de 25 ans : il éprouvait depuis quelques jours, lorsqu'il vint à l'hôpital, des douleurs vagues dans les membres fort analogues à des douleurs rhumatismales. Il n'avait pas de fièvre. Le malade reste pendant 15 jours sans inspirer la moindre crainte. Cinq jours avant sa mort, il est pris de fièvre, d'agitation et de délire suivis bientôt de la plus grande stupeur. La langue se sèche. Le troisième jour, il survient une parotide, le quatrième, un grand nombre de petites tumeurs et de pustules d'une nature particulière se développent sur la peau. En même temps, le poignet et l'avant-bras du côté droit se tuméfient énormément. La veille de sa mort, outre la prostration excessive dans laquelle il était plongé, outre la parotide qu'il portait, on voyait sur la peau un grand nombre de pustules saillantes et profondément enchâssées dans le derme, à base assez large, quelques-unes présentant un sommet blanchâtre, mais la plupart d'un rouge livide dans toute leur hauteur ; sur la face dorsale de l'avant-bras droit, plusieurs engorgemens circonscrits formant un relief au-dessous de la peau. Au-devant du tibia droit, il existait un nouvel engorgement qui, plus superficiel, se dessinait par une saillie rougeâtre; enfin, il survint un gonflement considérable du poignet droit.

Parmi les altérations les plus remarquables trouvées sur le cadavre, nous citerons les suivantes : un abcès du volume d'une aveline dont la matière était en partie infiltrée, en partie colligée dans le tissu cellulaire, existait entre le pariétal droit et les tégumens du crâne. Chaque pustule qui s'élevait sur la peau, était formée par une infiltration purulente qui intéressait toute l'épaisseur du derme et présentait le même aspect qu'un anthrax ou qu'un furoncle qui viennent d'être incisés. Les petites tumeurs sous-cutanées étaient autant d'infiltrations ou de collections purulentes dans le tissu cellulaire. La parotide était aussi infiltrée de pus. Le tissu cellulaire qui environne le poignet était en suppuration. La synovie, renfermée dans l'articulation, était rougeâtre. Dans les muscles des membres, et surtout dans ceux des extrémités inférieures, existait un grand nombre d'abcès circonscrits dont le volume variait depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une aveline ou même d'un petit œuf de poule, contenant un pus roussâtre, ramassé dans l'épaisseur même des muscles dont les fibres étaient interrompues brusquement au niveau de chaque cavité purulente et semblaient fondues en suppuration.

Le cerveau ne présentait rien de remarquable; dans la poitrine, on voyait sur les deux poumons un nombre immense de grains purulens situés à la superficie de l'organe immédiatement au-dessous de la plèvre; ils présentaient un petit noyau d'engorgement d'où l'on faisait sortir du véritable pus infiltré. Ils ne ressemblaient point à des tubercules, mais, dit l'auteur, ils avaient la plus grande analogie avec les pustules qui existaient à la peau. Du reste, rien dans le cœur; les vaisseaux ne furent pas examinés. Quant aux viscères abdominaux, ils étaient sains.

Le second malade qui fut observé par M. Ménière était âgé de 27 ans, grand, bien constitué. Il avait eu plusieurs fois la maladie vénérienne, il menait habituellement une vie dissipée et irrégulière. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il était

dans une anxiété extrême, sa peau était chaude, sa respiration accélérée. Il se plaignait uniquement d'une douleur forte à l'épaule gauche. Le doigt auriculaire du côté droit était noir et comme frappé de gangrène. Le pouls était fréquent et dépressible. Le lendemain on incisa la partie gangrénée, la peau semblait affectée. Il était survenu sur le dos de la main droite une tuméfaction avec empâtement. Il y avait du râle crépitant, sec, à la base du poumon droit. La langue était sèche. Il y avait de la diarrhée. Le pouls était toujours petit et dépressible. Le troisième jour, il existait de la stupeur, de l'embarras dans les idées. La paupière gauche était œdémateuse. Le quatrième jour, l'on voyait une éruption singulière à la peau. Ici je laisse parler l'auteur qui en donne la description suivante : « Sur le côté gauche du menton, plaque peu saillante, noirâtre et dure au toucher. Sur le front, boutons pointus, blancs à leur sommet, reposant sur une base violacée qui semblait former un noyau circulaire jusqu'au-dessous du derme. Sous l'œil droit, tumeur dure et arrondie soulevant la peau sans se montrer à sa surface. Aux membres supérieurs, petites pustules noirâtres offrant l'aspect de tumeurs érectiles, ayant encore une base qui pénétrait profondément dans le corps de la peau. En d'autres points, petites pustules coniques ayant quelque ressemblance avec celles de la variole. Sur le devant des jambes, deux petites phlyctènes noirâtres. » Outre cette éruption singulière, il existait une tumeur sous le grand pectoral et une autre à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche. Le malade succomba le cinquième jour avec du délire et avec de nouvelles pustules et de nouvelles phlyctènes.

A l'autopsie chaque pustule, chaque bouton, chaque tubercule incisés laisssaient échapper du pus. Les tumeurs situées sous le grand pectoral et dans l'épaisseur des muscles de la cuisse étaient deux abcès volumineux remplis d'un pus rougeâtre et sanieux. Outre ces deux abcès, les mus

cles des membres, surtout ceux des extrémités inférieures, en contenaient un très-grand nombre dont le volume variait depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'une noix.

Il y avait en outre deux ecchymoses sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère. Les deux poumons contenaient un grand nombre de petits noyaux purulens. Le cœur était rempli d'un sang noir en partie fluide, en partie coagulé.

L'estomac présentait, ainsi que le duodénum, une foule de petits points noirs répandus à leur surface interne.

A côté de ces deux faits si remarquables, qui se rapprochent beaucoup de celui observé dans le service de M. Rayer, Dance en a placé un troisième qu'il regarde comme l'explication des deux premiers. Pendant la vie, on avait observé aussi des abcès sur diverses régions du corps, une parotide suppurée, des pétéchies et cette éruption de pustules d'une nature toute particulière ou plutôt de petits foyers purulens dans l'épaisseur de la peau. A l'autopsie, outre des foyers nombreux dans l'épaisseur de plusieurs muscles, outre des granulations purulentes et des abcès dans les poumons, on rencontra une phlébite de la veine jugulaire gauche et de la veine porte ventrale et hépatique. Partant de ce fait qui rendait parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie, l'auteur cherche à expliquer les phénomènes qui se sont présentés chez ses deux autres malades et qui attendaient encore une explication. « La cause et la succession de ces désordres ainsi analysés, dit-il, nous semblent jetter un grand jour sur la nature des affections qui ont fait le sujet des deux observations précédentes et rendre très-probable l'existence d'une phlébite qui, dans ces deux cas, n'a point été recherchée sur le cadavre. »

Ce raisonnement pouvait certainement être fait, car dans les deux premières observations, on avait omis un fait capital, l'examen du système veineux qui avoisinait les divers foyers purulens. Dans le fait observé par M. Rayer, la même omission n'a pas eu lieu. Les vaisseaux ont été

examinés et n'ont présenté aucune trace d'inflammation ni dans le voisinage des diverses collections purulentes, ni dans les gros vaisseaux des cavités splanchniques. Aussi pensons-nous que les deux premiers faits rapportés par Dance pouvaient bien être entièrement analogues à celui que nous publions, et que chez ces deux malades, il n'existait peut-être pas plus de phlébite qu'il ne s'en est rencontré chez le nôtre.

Comment expliquer alors cette tendance singulière à la formation du pus dans les muscles, dans la peau, dans le tissu pulmonaire, cette altération de la synovie de toutes les articulations, observée chez notre malade? La question, je crois, ne saurait être résolue dans l'état actuel de la science; ces faits en attendent d'autres, et nous dirons comme Dance, avant qu'il ne les eût expliqués par la phlébite qu'il admettait par analogie : « *Nous ne leur donnerons aucun titre, ignorant la nature et le caractère des affections qu'ils représentent.*

*Obs. II.*e — *Calculs biliaires; perforation de la vésicule; abcès et ulcère fistuleux qui donne issue à plusieurs calculs.* — Le nommé G.*** âgé de 48 ans, tailleur, se présente le 5 novembre à la consultation gratuite de la Charité. Cet homme avait eu la petite-vérole à 7 ans; depuis, il avait contracté, il y a environ trente ans, une gonorrhée et un bubon qui avaient disparu sous l'influence d'un traitement assez complet. Deux ans après, des douleurs s'étaient montrées dans les membres; leur caractère les ayant fait regarder comme liées à son affection vénérienne, le malade avait subi un second traitement. Depuis lors il n'avait plus éprouvé aucun accident de ce genre, et il avait joui d'une santé parfaite. Il y a quinze mois environ qu'il ressentit des douleurs continuelles dans le côté droit, au-dessous du rebord des fausses côtes. L'appétit se perdit, mais il n'y eut pas de nausées ni de vomissemens. Il survint de la diarrhée à plusieurs reprises; jamais on ne remarqua

une constipation opiniâtre, et jamais ce malade ne présenta d'ictère. Vers le mois de février 1832, les douleurs devinrent plus aiguës; une tumeur se manifesta au-dessous du rebord des fausses côtes. La pression était insupportable ; la toux, les efforts répondaient douloureusement vers ce point. Cette tumeur, d'abord dure, se ramollit au bout de huit ou dix jours. Le sommet de la tumeur fut couvert d'un morceau de potasse caustique, qui donna lieu à une escarrhe dont la chute livra passage à une quantité considérable de pus rougeâtre. L'écoulement de la matière purulente continua, mais sans apporter beaucoup de soulagement au malade ; les douleurs étaient presque aussi vives que les jours précédens. Pendant tout ce temps, la plaie continua toujours à livrer passage à du pus de bonne nature, sans coloration particulière. Le malade avait des nausées mais sans vomissemens, le ventre était libre comme à l'ordinaire, l'appétit était nul. Les douleurs étaient vives dans le côté, et de plus une douleur très-pénible qui siégeait à l'épaule droite, depuis le commencement de la maladie, avait acquis encore plus d'intensité qu'elle n'en avait eue jusqu'alors. Pendant cinq mois, le malade reste dans cet état, et il ne se présente à nous que le 4 novembre 1832. Depuis quelques jours, tous les symptômes avaient augmenté ; les douleurs du côté droit, la douleur de l'épaule, étaient bien plus intenses que les jours précédens. La veille, il avait senti dans le fond de la plaie qui versait la suppuration, un corps dur dont les aspérités piquaient les parties molles ; une personne entièrement étrangère à l'art avait arraché avec des ciseaux le corps étranger qui blessait les tissus, et croyait, ainsi que le malade, avoir extrait une portion d'os. L'extraction de ce corps étranger avait été suivie de l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent et d'un soulagement assez marqué. Cependant, de nouvelles douleurs se manifestèrent au fond du trajet fistuleux; la même sensation de picotement se fit sentir et le malade vint à la consultation gratuite de la Charité.

Le corps étranger qui avait été extrait la veille était un calcul biliaire du volume d'un pois. Il existait au niveau du rebord des fausses côtes droites, à trois pouces environ en-dehors de la ligne blanche, une plaie de dix lignes de diamètre, irrégulièrement arrondie, qui versait un pus séreux assez abondant; cette plaie était d'un rouge vermeil. En introduisant un stylet, on pénétrait dans un trajet fistuleux qui se dirigeait d'avant en arrière et un peu de bas en haut. Le stylet fut bientôt arrêté par un corps étranger, dur, et auquel on imprimait facilement des mouvemens. Une pince à anneaux, introduite immédiatement après, put facilement en extraire un second calcul moins volumineux que le premier et qui présentait tous les caractères des calculs biliaires. Du reste, l'état du malade paraissait bon; il était amaigri, mais l'appétit était encore assez bon. Les selles étaient naturelles; il n'y avait ni constipation, ni décoloration des matières fécales. Quand à la fistule elle ne versait que du pus légèrement sanguinolent, et ne laissait point échapper de bile.

Le malade se présenta depuis plusieurs fois à la consultation. Le 3 décembre, nous le vîmes pour la dernière fois; dix calculs étaient sortis par la fistule, et ce jour, on put en extraire un douzième fortement alongé et en forme de cylindre. L'état général était meilleur, le facies était moins pâle, et le malade avait repris un peu d'embonpoint.

Quoique les faits de ce genre ne soient pas très-communs, il en existe cependant un certain nombre dans la science. Petit, dans son mémoire sur les tumeurs de la vésicule du fiel (1), en rapporte plusieurs exemples. C'est après avoir exposé plusieurs de ces faits, et avoir établi un parallèle entre la vésicule biliaire et la vessie urinaire, entre les calculs de l'une et de l'autre, qu'il conseille une opération à l'aide de laquelle on pourrait extraire les calculs biliaires,

---

(1) *Mém. de l'Ac. de Chir.*, t. I.er

comme on le fait pour les calculs vésicaux. Morand (1) rapporte deux cas analogues, dans un article intitulé : *Tumeurs de la vésicule biliaire avec issue de calculs.* Sœmmering (2) a vu une vésicule biliaire dont le fond ulcéré livrait passage à des calculs nombreux; avant lui, Cheselden (3) avait vu deux calculs de six lignes de diamètre sortir par une ouverture fistuleuse des parois abdominales. Au rapport d'Hoffmann (4), une fistule des parois abdominales donna issue à quatre-vingt calculs biliaires; et suivant Tolet (5) une concrétion de même nature et de la grosseur d'un œuf de pigeon sortit par un semblable ulcère fistuleux. Trente-huit calculs de la même espèce s'échappèrent par l'ombilic, chez un malade observé par Buettner (6). Lespine (7), Montabré (8), rapportent aussi chacun un cas de calculs biliaires sortis par une ouverture fistuleuse des parois abdominales, et qui présentent des particularités assez remarquables. Dans la première, la maladie fut prise à son début par l'officier de santé du village, pour une hernie ventrale, qu'il voulut réduire et maintenir à l'aide d'un bandage ; mais ces manœuvres douloureuses, satisfaisant peu la malade et les parens qui assistaient à l'opération, on eut recours aux avis d'une autre personne. Dans l'autre observation, la fistule que l'on fut obligé d'aggrandir à l'aide d'une incision, donna issue à deux calculs du volume d'un œuf de pigeon ; elle versa de la bile pendant trois mois. Comme elle ne donnait plus issue à aucun calcul, et

(1) *Mém. de l'Ac. de Chir.*, t. III, p. 470.

(2) *De Concrementis biliariis coaporis humani.*

(3) *The anatomy of the human. Body. Edit. XI.* London, 1778, p. 166.

(4) *Crell, Chemische Annalen. Stueck* VIII, 1789.

(5) *De Litothomia. Caput IV*, p. 24.

(6) *Fünf besondere anatomische Wahrnehmungen.* Kœnigsberg, 1744.

(7) *Ann. de la Soc. de de Méd. de Montpellier*, t. II, p. 1, p. 129.

(8) *Journ.-gén. de Méd., Chir., Pharm.*, 1810, t. XXVII, p. 29.

comme la bile s'écoulait par l'intestin, on tenta la guérison de la plaie qui se cicatrisa complètement.

Cette guérison radicale est excessivement rare; presque toujours les malades conservent une fistule qui donne issue de temps en temps, comme chez le malade que nous avons observé, à des calculs biliaires et à un liquide purulent, tantôt jaunâtre et bilieux. Quoi qu'il en soit, cette série d'accidens, à la suite desquels la vésicule biliaire se débarrasse des calculs qu'elle renferme, est un des modes de terminaison les plus heureux de cette maladie. En effet, les accidens produits par l'obstruction du conduit cholédoque, ne sont plus à craindre, les calculs trouvant une issue par la plaie. De plus, la digestion n'en paraît pas influencée, comme le prouve le plus grand nombre des observations, et entre autres celle du malade qui s'est présenté à la consultation; en effet, rien n'empêche la bile de passer dans le duodénum par l'intermédiaire des canaux hépatique et cholédoque. Certes, cette terminaison est bien préférable à celle qui s'opère à l'aide d'adhérences entre la vésicule et le canal intestinal, comme Petit en rapporte un exemple. Le fait suivant peut servir à montrer combien de dangers environnent cette terminaison heureusement fort rare.

Obs. III.e — *Calculs biliaires; rupture de la vésicule; épanchement de bile dans l'abdomen; péritonite sur-aiguë; mort.* — Joseph Genoteau, journalier, âgé de 77 ans, d'une petite stature, faible et délicat, entre à l'hôpital de la Charité le 19 juin 1832. Il avait été presque toujours bien portant: depuis quelque temps il souffrait dans le côté droit, mais il ne pouvait rapporter sa douleur à un siége bien précis. Son appétit s'était perverti; il avait eu fréquemment des nausées, et éprouvait de la constipation depuis quelque temps. Depuis trois jours, des douleurs excessivement vives s'étaient montrées presque subitement dans l'abdomen, surtout vers les fosses iliaques et l'hypogastre; le malade avait vomi plusieurs fois.

Le 19, il s'agitait, se plaignait beaucoup du ventre; les mouvemens étaient très-douloureux; la langue était visqueuse; il y avait des vomissemens verdâtres; l'abdomen était très-sensible à la pression dans presque toute son étendue, mais plus vers sa partie inférieure; le pouls était fort et fréquent; il y avait de la constipation. Les organes thorachiques ne présentaient rien de particulier. (*Saignée du bras; cataplasmes émolliens sur l'abdomen; lavement émollient*).

Le 20, même agitation; le visage exprime une douleur vive; le malade se plaint beaucoup; nausées, langue un peu sèche; le ventre est un peu moins sensible à la pression: les douleurs qu'elle détermine ne semblent pas en rapport avec les plaintes du malade; le pouls est fort et fréquent. (*Saignée du bras; lavement émollient; cataplasme sur l'abdomen; orge miellée*).

Le 21, face pâle, profondément altérée, avec expression de douleur vive, vomissemens verdâtres, langue sèche; le malade est allé à la selle. L'abdomen est encore sensible à la pression, surtout vers l'hypogastre et un peu dans le flanc droit; mais cette sensibilité est obscure. Le pouls est très-fréquent; il est moins fort que la veille. (20 *sangsues sur l'abdomen; cataplasme; lavement émollient; orge miellée*).

Le 22, teinte légèrement jaunâtre de la face, prostration, langue sèche et fuligineuse. Le malade ne parle plus; de temps en temps régurgitation d'une matière verdâtre qui s'écoule le long de la commissure des lèvres; respiration pénible, quoique l'auscultation ne révèle aucune particularité; pouls excessivement petit. (*Sinapismes aux extrémités inférieures; cataplasme sur l'abdomen; orge miellée*).

Le malade s'affaiblit de plus en plus pendant la journée. Au milieu du jour, râle à grosses bulles. Mort dans la soirée.

Autopsie trente heures après la mort. — On ne remarque rien à l'extérieur du cadavre.

Tête. — Les membranes du cerveau présentent quelques adhérences de la dure-mère avec le crâne; un peu d'infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les substances cérébrales sont un peu humides. Du reste, rien de remarquable.

Thorax. — Le poumon droit est sain. Le gauche présente à sa base et à son bord postérieur un engouement très-prononcé. Le cœur, un peu plus volumineux que le poing du sujet, présente une hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Les orifices sont libres. L'orifice aortique présente quelques petites incrustations osseuses vers le bord libre des valvules.

Abdomen. — Des adhérences nombreuses et récentes, des fausses membranes molles, réunissent entre elles les circonvolutions de l'intestion grêle qui forme une masse unique. La surface péritonéale de l'intestin est le siége d'une injection disposée en bandes transversales. Toutes ces parties sont du reste fortement colorées en jaune, comme si elles avaient été en contact avec la bile; elles présentent entièrement la teinte des parties qui ont été colorées par la transsudation de ce liquide. Vers l'hypogastre et les flancs, on rencontre aussi de nombreuses pseudo-membranes, il existe une certaine quantité d'un liquide d'un jaune grisâtre, qui teint fortement les doigts, et qui paraît évidemment formé par un mélange de pus et de bile.

Nos recherches se dirigent alors du côté de la vésicule biliaire. Au niveau de la face concave du foie, il existe des adhérences intimes avec le colon transverse. En isolant avec soin les parties les unes des autres, on voit que la vésicule biliaire adhère fortement, par sa face antérieure, au colon transverse. Près du col de la vésicule biliaire, il existe une petite ouverture irrégulière capable d'admettre l'extrémité d'une sonde de femme. Le conduit cholédoque, à son ori-

gine, est complètement obturé par un calcul cylindrique d'un demi-pouce de long et de quatre lignes environ de diamètre. La vésicule biliaire renferme trois ou quatre autres petits calculs moins volumineux ; sa surface intérieure est d'un rouge terne; la membrane muqueuse qui la revêt est ramollie.

Le foie est recouvert de fausses membranes dans quelques points de sa surface; son tissu présente sa coloration naturelle. Les canaux biliaires et le conduit hépatique sont parfaitement libres. La secrétion de la bile se faisait; elle arrivait dans la vésicule biliaire; mais elle ne pouvait pas s'écouler par le canal cholédoque.

Les autres organes du ventre, à l'exception de la teinte jaunâtre et de quelques fausses membranes qu'ils présentent, n'offrent rien de particulier.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De l'irritation locale de la moelle épinière considérée comme cause de certaines affections nerveuses vagues ou anomales; par ISAAC PARRISH, *M. D.* (1).

Plusieurs praticiens célèbres de la Grande-Bretagne se sont livrés dernièrement à des recherches importantes sur le sujet obscur des maladies nerveuses, et ils ont avancé que plusieurs de ces maladies qui sont revêtues de la forme chronique, ont leur siége déterminé dans une portion de la moelle épinière ou dans les ganglions du grand sympathique, et qu'on peut, en conséquence, vaincre leur

(1) *On Irritation on the spinal marron as connected with nervous diseases.* (*The American Journ. of the Med. Sc.*, août 1832.)

opiniâtreté en dirigeant un traitement externe vers la colonne vertébrale.

Le docteur R. P. Player publia, en 1821, un court essai où il appelle l'attention des médecins sur la connexion qui existe entre la lésion de la moelle rachidienne et les symptômes nerveux qui se manifestent dans différentes parties du corps. Il put établir ce fait après avoir observé, pendant plusieurs années, qu'on trouve presque constamment de la sensibilité à la pression sur la colonne vertébrale dans un point correspondant à l'origine des filets nerveux malades. Depuis longtemps, il traite ces affections par des applications sur le point sensible de la colonne vertébrale, et les succès soutenus de cette pratique l'ont confirmé dans l'opinion que le mal a sa source dans la moelle de l'épine. L'essai du docteur Player excita peu l'attention jusqu'à l'année 1828, où ses idées furent appuyées par le docteur Brown de Glasgow, dans une brochure qu'il publia sur *l'irritation des nerfs de l'épine.* L'année suivante, le docteur Darwall professa les mêmes doctrines dans un excellent ouvrage intitulé : *Observations on some forms of spinal and cérébral irritation.* Après celui-ci vinrent les docteur Teale et Tate, le premier dans un traité sur *la névralgie*, qui fut publié en 1830, et le second dans un ouvrage sur *l'hystérie*, qui parut à-peu-près en même temps. Tous ces auteurs ont insisté sur ce fait, que la sensibilité à la pression, sur quelque point de la colonne vertébrale, est un symptôme lié à la plupart des affections nerveuses chroniques, et que l'indication la plus importante dans le traitement des phénomènes nerveux concomittans est de faire disparaître cette sensibilité par des applications externes appropriées. Le docteur Teale trouve les faits cités à l'appui, assez concluans pour en déduire cet axiôme de pathologie : « Une maladie qui a son siége dans les grandes masses nerveuses, comme le cerveau et la moelle épinière, n'est pas tant manifestée par les phénomènes dans le siége même

de l'irritation que dans les parties éloignées où vont se distribuer les nerfs qui ont leur origine dans la portion affectée. » Ce principe est supposé applicable à une nombreuse classe d'affections nerveuses que le docteur Teale propose de désigner par le terme général de *névralgie*, comprenant sous cette dénomination, non-seulement ces lésions manifestes des filamens nerveux caractérisées par la douleur, mais encore plusieurs autres états pathologiques indiquant une perversion de leurs fonctions normales. En assignant ainsi à cette longue série de maladies un siége uniforme, on ne nous donne point encore la condition pathologique précise qui les constitue; on n'explique point non plus comment la douleur à la pression révèle l'état de parties si solidement maintenues par leurs enveloppes osseuses et ligamenteuses. Cependant, si le fait est bien établi, il est raisonnable de conclure à l'existence d'un état morbide, qu'on peut, dans l'incertitude où nous sommes maintenant, désigner par le nom *d'irritation de l'épine*, ou par une autre expression qui comporte la même idée : *Désordre fonctionnel de la moelle épinière.*

Avant d'adopter sans restriction les opinions qui précèdent, ne doit-on pas chercher à savoir si les troncs nerveux ne peuvent pas être évidemment et même gravement malades sans que leur centre ou point d'origine soit altéré en rien? Les auteurs qui ont écrit sur l'*irritation de l'épine* ont traité trop légèrement cette question qui pourtant se rattache intimement à la discussion de leurs opinions particulières. Le docteur Darwall se borne à faire observer qu'il n'y a aucune preuve de l'existence de maladies dans les troncs nerveux indépendamment des centres; tandis qu'il y en a, suivant lui, qui établissent incontestablement que l'irritation des centres nerveux peut donner naissance à des phénomènes morbides sensibles dans les parties où leurs branches vont se ramifier. Si la douleur réveillée par la pression est le seul symptôme qui révèle d'une manière

certaine l'irritation de la moelle rachidienne et des ganglions du sympathique, on ne peut admettre l'opinion du docteur Darwall; car il existe des cas de névralgie caractérisée par les symptômes les moins équivoques, où l'on ne trouve point cette sensibilité de la colonne vertébrale.

L'irritation des centres nerveux avec les symptômes concomitans peut exister comme affection idiopathique, ou résulter de la lésion des fonctions d'un ou de plusieurs organes; ainsi une irritation peut se développer primitivement dans les organes dentaires, gastrique ou utérin, se propager aux centres nerveux pour s'irradier ensuite de ce dernier point à des parties plus ou moins éloignées. Nous en avons des exemples dans les accidens souvent si violens et si prolongés qui doivent naissance quelquefois à l'avulsion d'une dent; dans ces affections compliquées, que l'on comprend sous le nom d'*hypochondrie*, de *mélancolie*, et qui dépendent primitivement d'une lésion de la surface muqueuse des voies digestives; enfin, dans les désordres anomaux et variés à l'infini qui, chez les femmes, se rattachent à l'irritation de l'utérus. Le docteur Tate, de Londres, s'appuyant sur une longue expérience, n'a pas hésité à publier que les symptômes anomaux, effrayans, que présentent les femmes hystériques, peuvent tous se rapporter à l'irritation d'une portion de la moelle épinière, irritation qui a sa source dans le désordre des fonctions de l'utérus. Il fut conduit à cette conclusion en observant que la sensibilité à la pression de la colonne vertébrale est le symptôme fidèle et le trait caractéristique de ces maladies où se retrouvent presque toujours *de la douleur dans le côté gauche et inférieur de la poitrine* et des palpitations. Ces quatre symptômes : *désordre de la menstruation, sensibilité de l'épine, le plus souvent au-dessus des vertèbres dorsales supérieures, douleur sous la mamelle gauche et quelquefois sous la mamelle droite, palpitations*, peuvent se distinguer à travers une foule de phénomènes effrayans dans

presque toutes les maladies nerveuses chroniques des jeunes sujets du sexe féminin; et quand ils sont en relief, le docteur Tate les considère comme caractérisant une maladie particulière et bien distincte, qu'il propose, pour éviter la confusion, de désigner sous le nom d'*hystérie*. Le docteur Parrish a eu do fréquentes occasions d'observer des cas semblables à ceux qui sont décrits par le docteur Tate, à l'hôpital de Philadelphie; quelques-uns de ces cas étaient de longue durée et du caractère le plus opiniâtre; dans tous il s'est appliqué à rechercher les symptômes indiqués ci-dessus, et presque toujours il a reconnu qu'ils formaient les traits les plus caractéristiques de la maladie. La douleur qui est ressentie sous la mamelle gauche est surtout un symptôme frappant qui, à lui seul, peut mettre sur la voie du diagnostic.

Il résulte de ce qui précède, ou plutôt des travaux des auteurs cités au commencement de ce mémoire, que, par suite d'un désordre de l'action normale d'une partie ou de la totalité de la moelle rachidienne et des ganglions, soit primitif, soit produit par quelque irritation préexistante, il se manifeste dans divers organes des symptômes formant des maladies que l'on désigne sous des noms variés, quoique réunies par les nosologistes dans une même classe, celle des *névroses;* et de plus, que toutes ces maladies peuvent se réduire à ces deux ordres, *névralgie* et *hystérie*, la première expression s'appliquant aux groupes do symptômes nerveux qui se développent chez l'homme, la seconde à ceux qui se développent chez la femme. Il y a quelque chose de téméraire à vouloir introduire un tel système de généralisation au milieu des idées reçues de nos jours; mais s'il peut s'asseoir sur la base solide des faits et de l'observation, il fera époque dans l'histoire de la médecine pratique.

Il y a un autre point de vue sous lequel les dérangemens morbides des centres nerveux peuvent être envisagés avec intérêt; c'est dans leur connexion avec les phénomènes

compliqués de la fièvre. Quand on réfléchit aux nombreuses sympathies dans la production desquelles le nerf ganglionaire est supposé le seul agent, et à l'influence qu'il doit avoir sur la production et l'existence des maladies générales ou constitutionnelles, on ne peut s'empêcher de reconnaître la grande importance des investigations pathologiques qui ont cet appareil nerveux pour objet. Il est difficile de ne pas admettre que ses fonctions normales sont matériellement lésées dans la fièvre, eu égard aux symptômes primitifs de cette affection, à sa nature paroxysmale, au trouble de la circulation, à la dépravation des sécrétions, etc. Quelques observations intéressantes, tendant à démontrer une telle connexion, ont été publiées dernièrement par le docteur Griffin, habile praticien de Limerick. Ces observations ont pour objet principal la fièvre intermittente chronique; on y trouve beaucoup de cas où l'inefficacité des moyens connus le porta à explorer la colonne vertébrale qu'il trouva constamment très-sensible à la pression en un point quelconque de sa longueur; il affirme qu'il obtint les succès les plus remarquables en faisant disparaître cette sensibilité morbide par les applications révulsives ordinaires. Il suppose que, dans ces cas, la moelle de l'épine et le nerf grand sympathique sont simultanément malades, et désigne cet état pathologique par le nom de *désordre fonctionnel de la moelle épinière*.

Lorsqu'on a constaté l'existence de la sensibilité morbide de la colonne vertébrale, de la lésion des fonctions nerveuses, etc., on doit rechercher la cause originelle de la maladie, et on la trouvera souvent dans le désordre fonctionnel d'un ou de plusieurs des organes internes. Il se présente alors deux indications fondamentales : la première, de guérir la sensibilité morbide; la seconde, de rétablir les fonctions organiques qui ont été troublées. L'importance de ce précepte est évidente; car, quoiqu'on fasse disparaître la sensibilité de l'épine, et avec elle, pour un temps, les symp-

tômes névralgiques, si on laisse exister la lésion primitive, on pourra craindre le retour de ces derniers par la présence des plus légères causes; et réciproquement, si nous nous attachons à détruire l'irritation primitive qui, par l'intermédiaire des centres nerveux, a produit la lésion générale, sans agir en même temps sur les points sensibles par les révulsifs, nous ferons des efforts également inutiles. Le docteur Parrish passe ici en revue les divers révulsifs qui ont été employés par les praticiens pour faire disparaître la sensibilité morbide de la colonne vertébrale; les principaux sont les trois suivans : la saignée locale à l'aide des ventouses ou des sangsues, les vésicatoires avant ou après la saignée locale, et l'application du tartre émétique. La saignée locale a été fortement recommandée par presque tous les auteurs, et notamment par Teale. Le docteur Tate, au contraire, regarde la saignée locale et les vésicatoires comme inefficaces, et n'attend de bons effets que du tartre émétique, dont l'action est puissante et durable. Cette différence d'opinion est facile à expliquer. Dans les formes les plus simples de névralgie, où l'irritation de l'épine est idiopathique ou a été produite par des causes légères, et où le système général n'est pas sérieusement affecté, la saignée locale et les vésicatoires, soit isolément, soit combinés, produiront généralement de bons effets, quoique, dans plusieurs cas, il faudra insister long-temps sur leur emploi; et tels sont les faits rapportés par le docteur Teale. Dans la forme hystérique dont s'est occupé le docteur Tate, où la maladie dépend du désordre de l'utérus, et où les fonctions nerveuses sont profondément lésées, il faut recourir à un moyen dont l'action soit plus durable et plus puissante. Toutefois il faut user du tartre émétique avec prudence, et interroger la susceptibilité particulière du malade, car il y a des personnes chez qui son application produit de violentes convulsions. Il est convenable en général d'appliquer les révulsifs, non sur le point sensible, mais sur

un endroit très-voisin. On a proposé plusieurs manières d'appliquer l'émétique. La pommade formée avec deux gros d'émétique, pour une once de cérat simple, est souvent sans effet. On est plus sûr de réussir en répandant une quantité convenable de ce sel sur un emplâtre agglutinatif ordinaire ramolli par la chaleur. Quelque méthode qu'on emploie, les résultats varient suivant les individus; chez les uns, l'éruption se manifeste en vingt-quatre heures; chez les autres, elle ne se montre qu'au bout de plusieurs jours. Ordinairement les pustules sont si douloureuses, qu'elles exigent souvent l'emploi des émolliens et des narcotiques. Quelques autres médicamens sont encore cités par le docteur Parrish; mais le nombre des révulsifs est grand. Aucun, je suppose, ne jouit d'une spécificité qui le rende plus précieux que les autres; c'est au praticien à choisir ceux dont l'emploi est le plus facile et l'action plus certaine.

L'observation suivante offre un exemple de la forme la plus simple et la plus commune de l'affection névralgique se rattachant à l'irritation de la portion cervicale de la moelle rachidienne.

Obs. I.re — Marie Bancraft, âgée de 40 ans, robuste et pléthorique, éprouvait depuis plus d'un an les symptômes suivans : douleur et engourdissement à la partie postérieure du cou, augmentant lorsqu'elle tourne la tête; de temps en temps violens élancemens dans le cou, la poitrine et l'occiput; ces élancemens se propagent souvent le long des membres thoraciques jusqu'à l'extrémité des doigts, où ils causent quelquefois la perte complète du sentiment, de telle sorte qu'elle ne peut plus tenir son aiguille et continuer ses travaux ordinaires pendant plusieurs jours. La santé générale est bonne. Aucun traitement n'a été essayé; seulement plusieurs saignées ont été pratiquées et ont été ordinairement suivies d'un soulagement momentané. La colonne vertébrale fut explorée; la pression sur les vertèbres cervicales réveilla une vive douleur; en pressant plus fort, on fit naître

des élancemens qui s'étendirent jusqu'au bout des doigts. Six ventouses furent appliquées sur la partie douloureuse, et furent remplacées par un vésicatoire qu'on fit suppurer pendant plusieurs jours; les élancemens disparurent pour ne plus revenir, et lorsque le vésicatoire fut guéri, la sensation de raideur du cou avait beaucoup diminué. Elle put reprendre sans interruption ses travaux à l'aiguille, et depuis elle s'est toujours bien portée.

Les observations qui vont suivre différeront de celle qu'on vient de lire en ce que les douleurs névralgiques auront leur siége dans les membres pelviens, et que la sensibilité morbide de l'épine aura le sien dans une région inférieure. L'observation troisième, cependant, est remarquable par l'absence de cette sensibilité coïncidant avec le succès de l'application des ventouses à l'origine des nerfs affectés.

Obs. II.ᵉ — Marie Ann Leden, âgée de 19 ans, d'une complexion délicate et nerveuse, se plaignait de douleurs lancinantes dans les membres pelviens, sans chaleur ni gonflement des parties, et sans désordre général. Sa maladie avait été traitée pour un rhumatisme par les moyens antiphlogistiques ordinaires qui avaient plutôt augmenté ses souffrances. Elle était alitée, ne pouvant remuer ses membres abdominaux sans éprouver beaucoup de douleur. En examinant la colonne vertébrale, on trouva que la pression sur les vertèbres dorsales inférieures causait une vive douleur et réveillait les élancemens des membres inférieurs. Des ventouses furent appliquées, puis un vésicatoire qu'on fit suppurer. Sous l'influence de ce traitement, elle se remit promptement; bientôt le vésicatoire fut supprimé, et en moins de quinze jours, elle était complètement guérie.

Obs. III.ᵉ — Jane Beck, âgée de 31 ans, éprouva de l'irrégularité dans ses règles, il y a un an; depuis ce moment, elle fut sujette à de violentes douleurs dans les membres, qui revenaient par accès et étaient surtout très-fortes à l'époque menstruelle; pendant les dernières semaines, sa

maladie avait fait des progrès rapides, et ses membres inférieurs étaient privés du mouvement, au point qu'elle ne pouvait, sans aide, se retourner dans son lit. Point de fièvre, ni aucun désordre constitutionnel. La colonne vertébrale fut examinée avec soin, mais on n'y trouva aucune sensibilité à la pression. Cependant, on appliqua des ventouses scarifiées à la région lombaire. Le lendemain, nulle amélioration. L'évacuation sanguine fut répétée le jour suivant, et produisit un effet si prompt et si heureux que vingt-quatre heures après, elle pouvait se lever seule, et que dans peu de jours elle fut guérie sans rechute. Elle souffrit encore quelques mois de l'aménorrhée, qui fut enfin dissipée par des moyens appropriés.

Obs. IV.e — Rebecca Jones, âgée de 51 ans, éprouvait depuis long-temps une vive douleur dans la cuisse gauche, le long du trajet du nerf sciatique. Elle était obligée de se servir d'une béquille pour marcher, et souvent elle ne pouvait même pas sortir de son lit. La santé générale était bonne. Beaucoup de remèdes ont été employés; les ventouses et les vésicatoires sur la cuisse n'ont produit qu'un mieux momentané. La colonne vertébrale était extrêmement sensible; depuis les dernières vertèbres dorsales jusqu'aux dernières lombaires; une pression forte causait des élancemens dans la cuisse. Le 15 novembre 1831, on plaça un vésicatoire dans cet endroit. Le 17, toute douleur avait disparu; le vésicatoire fut guéri, et le 25 elle marchait sans appui. Elle n'a pas eu de rechute.

L'observation suivante est une preuve des bons effets obtenus en dirigeant le traitement sur la colonne vertébrale, pour combattre des douleurs nerveuses attaquant différentes parties, et considérées ordinairement comme dépendant d'une affection rhumatismale.

Obs. V.e — Williams Davies, homme de couleur, âgé de 33 ans, fut admis à l'hôpital de Philadelphie le 6 décembre 1831. Pendant l'année précédente, il avait été alité

pour un *rhumatisme*, qui avait été si général et si violent qu'il n'avait pu se livrer à aucune occupation. Il avait été soigné à l'hôpital du comté où il demeure, et avait subi plusieurs traitemens variés. On lui avait fait prendre *plusieurs gouttes de différentes espèces;* il avait eu plusieurs fois des ventouses et des vésicatoires sur les points douloureux; il avait au bras plusieurs cautères qui suppuraient depuis long-temps. Malgré ces moyens, sa maladie était restée stationnaire. A son entrée à l'hôpital de Philadelphie, il ne pouvait marcher sans douleur, et sa santé générale avait beaucoup souffert. La colonne vertébrale fut trouvée extrêmement sensible dans toute son étendue, et par la pression sur certains points, on réveillait une douleur lancinante dans le trajet des cordons nerveux. — Constipation, langue sale, pouls petit et fréquent. Un fort purgatif; ventouses depuis la nuque jusqu'au sacrum. Le purgatif produisit d'abondantes évacuations; les ventouses firent couler environ douze onces de sang. Le lendemain, il était beaucoup mieux; il avait bien dormi, et pouvait remuer ses membres librement. — Vésicatoire appliqué sur toute l'étendue de l'épine. — Aussitôt que ce vésicatoire eut opéré, le malade put marcher, il fut bientôt complètement rétabli.

L'observation suivante offre un appareil plus compliqué de symptômes, dépendant probablement de la double lésion de la moelle épinière et du grand sympathique.

Obs. VI.e — Martha Garwood, âgée de 37 ans, infirmière à l'hôpital de Philadelphie, fut attaquée, pendant l'été de 1831, d'une dysenterie qui devint chronique et la força de se soumettre à un traitement suivi, pendant plusieurs mois. Vers l'automne, les symptômes dysentériques cessèrent complètement, et cependant sa santé resta mauvaise. Elle éprouvait souvent de violentes douleurs spasmodiques dans l'estomac et les intestins, de la dyspnée comme dans un accès d'asthme, des douleurs névralgiques dans les mamel-

les, la tête, les épaules, etc. Anorexie, dyspepsie, langue chargée, pouls faible et fréquent, menstruation régulière, abattement, amaigrissement. La malade désespérait de sa guérison; les symptômes nerveux étaient devenus très-intenses depuis plusieurs semaines, et une médication très-variée avait été employée sans succès. Le 24 octobre 1831, en explorant la colonne vertébrale, on trouva une extrême sensibilité à la pression, particulièrement entre la quatrième et la cinquième vertèbre dorsale, s'étendant plus ou moins vers la partie inférieure du dos; en pressant fortement à l'endroit le plus sensible, on faisait naître dans l'estomac des convulsions douloureuses. Un emplâtre avec le tartre stibié fut placé sur le point le plus sensible; on prescrivit des pilules composées avec le mercure, l'opium et l'ipécacuanha, de deux en deux heures (l'auteur aurait dû dire quelle indication on voulait remplir avec ces pilules), une alimentation légèrement fortifiante, et la position sur le dos. Le 26, il se manifesta une abondante éruption de pustules qui fut suivie d'une grande amélioration. Le visage reprit une meilleure expression, les douleurs et les spasmes ordinaires ne revinrent pas, la langue commença à se nettoyer, les évacuations furent plus naturelles et l'appétit se réveilla. On fit cesser l'usage des pilules, on favorisa la guérison des pustules. Aucun autre traitement ne fut employé; seulement, il lui fut enjoint de suivre un régime extrêmement régulier. Dans un petit nombre de jours, elle reprit ses travaux, et a joui depuis d'une santé aussi bonne qu'il est possible dans sa pénible profession.

Obs. VII.[e] — Jacob Clouts, demeurant depuis long-temps dans l'hôpital de Philadelphie, fut pris le 13 juillet, de spasmes très-douloureux dans l'estomac et les intestins, accompagnés de nausées, de vomissemens de matière bilieuse et de constipation. Il était sujet, depuis plusieurs années, à de semblables attaques, qui ordinairement étaient très-opiniâtres et avaient quelquefois mis sa vie en danger;

les moyens antiphlogistiques et les relâchans, comme la saignée, les bains chauds, les lavemens avec le tartre stibié, employés dans le but de faire cesser les spasmes et la constipation, n'avaient point produit leurs effets accoutumés.

En examinant la colonne vertébrale, on trouva une sensibilité très-vive entre la sixième et la dixième vertèbre dorsale; une forte pression produisait beaucoup de douleur dans l'estomac et une disposition à vomir. La sensation produite par cette pression était si pénible que le malade s'opposa de toutes ses forces à ce qu'on recommençât l'exploration. Des ventouses furent immédiatement placées sur le point douloureux; pendant l'opération, le vomissement et la douleur cessèrent, le malade devint calme, et peu de temps après, il tomba dans un sommeil favorable qui dura plusieurs heures. Le 14, il y eut quelque retour de la douleur, le matin; la constipation existait encore, et l'épine était sensible à la pression; on prescrivit un emplâtre avec le tartre stibié sur la partie douloureuse du rachis, un lavement purgatif, une diète mucilagineuse, etc. Le lavement produisit l'effet qu'on en attendait. Le 15, les nausées et les spasmes avaient beaucoup diminué, le tartre stibié causait beaucoup de douleur. Le 16, l'éruption s'était développée; toute douleur avait disparu; les fonctions digestives étaient parfaitement rétablies.

Obs. VIII.[e] — Debby Allibone était tourmentée depuis plusieurs mois par un appareil de symptômes nerveux dépendant probablement de la lésion des fonctions de l'utérus. Un des phénomènes les plus pénibles de sa maladie était un état d'irritation de l'estomac qui donnait lieu à de fréquens vomissemens. Les anti-émétiques et les applications stimulantes à l'épigastre ne produisirent aucun bon effet. L'estomac devint si susceptible qu'il ne pouvait même pas retenir une cuillerée à café d'eau froide. On explora la colonne vertébrale; en appuyant fortement sur la quatrième vertèbre dorsale, on réveillait immédiatement les nausées et les

vomissemens. Une ventouse sèche produisit du soulagement, et pour entretenir une impression plus durable, on plaça un vésicatoire sur la partie douloureuse. Le lendemain, les fonctions de l'estomac étaient rétablies, et la malade avait pu prendre, suivant son expression, *un bon déjeuner*, sans inconvénient.

L'observation suivante est particulièrement intéressante sous deux rapports : 1.° à cause du succès prompt et frappant qui fut obtenu sur une maladie longue et opiniâtre. 2.° à cause des bons effets des révulsifs dirigés sur la colonne vertébrale, dans un cas d'ophthalmie qui avait résisté à tous les moyens connus.

Obs. IX.° — R. R.*** commis dans une maison de commerce, âgé de 23 ans, d'une faible complexion et d'un tempérament nerveux, appartenant à une famille dont quelques membres ont montré de la tendance à l'aliénation mentale, avait souffert cruellement du tic douloureux; trois ans après, il devint dyspeptique, et cette maladie fut combattue inutilement par tous les moyens possibles. Le 11 septembre 1830, elle durait depuis deux ans; il y avait des vomissemens extrêmement pénibles, amaigrissement considérable, estomac si irritable qu'il ne pouvait presque rien conserver; il y avait eu aussi pendant long-temps une légère toux accompagnée d'une faible expectoration. Pendant toute la journée du 11, il avait vomi fréquemment; il avait éprouvé le matin un frisson suivi de fièvre; langue blanche, bouche douloureuse, haleine fétide, douleur dans le côté gauche de la tête, sensibilité à l'épigastre, douleur dans le côté gauche vers la dixième côte, abdomen douloureux à la pression, pieds froids, abattemens. En explorant la colonne vertébrale, on la trouva très-sensible vers la septième vertèbre dorsale; la pression déterminait de la douleur dans l'estomac et des vomissemens. On prescrivit un pédiluve, une mixture anti-émétique et des boissons simples en petite quantité. Cette prescription fut sans effet, la nuit fut mau-

vaise. Le lendemain, on appliqua sur le point douloureux de l'épine, un emplâtre avec tartre stibié, de sept pouces de long sur deux pouces et demi de large. Le 14, l'emplâtre commença à agir et alors seulement les symptômes s'amendèrent. Le 15, on retira l'emplâtre à cause de l'irritation qu'il produisait. L'amélioration était remarquable. On prescrivit des frictions deux fois par jour sur le rachis, avec le liniment suivant : Ol. oliv., ℥jß, spt. téréb., ʒvj, ol. lavend., ʒj. Le 16, il mangeait de la viande impunément. Le 20, son appétit était bon; depuis le 15, ses alimens avaient été digérés sans malaise; la langue était nette; les selles étaient régulières; l'épine n'était en aucun point sensible à la pression. Il fut affecté alors d'une ophthalmie, ayant son siége principal dans le cartilage tarse. L'inflammation passa de la paupière au globe de l'œil, et, plusieurs jours après, on découvrit sur la cornée une ulcération considérable, égale en largeur à la section d'un pois. Cette ophthalmie se prolongea sans amélioration jusqu'au 5 décembre, malgré tous les remèdes possibles; la douleur de la tête et de la poitrine accompagnait l'inflammation de l'œil. Le 5 décembre, on appliqua à la partie supérieure de la colonne vertébrale un emplâtre avec le tartre stibié, de dix pouces de long sur deux pouces et demi de large. Dans la matinée du 7, quand l'emplâtre commença son action, il s'opéra une amélioration évidente dans l'œil. Le 8, l'éruption était abondante, on retira l'emplâtre. Il s'était fait un changement étonnant dans l'aspect et l'état de l'œil; la rougeur avait presque entièrement disparu; la vision était moins troublée, la lumière mieux supportée, et l'ulcération de la cornée marchait rapidement vers sa guérison. Le 14, il était presque guéri. Cependant, au bout de trois jours, l'appétit et les forces diminuèrent, et les symptômes, qui l'avaient tourmenté si long-temps, semblèrent vouloir reparaître; mais une nouvelle application du tartre stibié et quelques autres moyens confirmèrent le rétablissement, qui fut complet dans les premiers jours de janvier.

Dans l'observation suivante une maladie de l'œil a été guérie par la révulsion appliquée à la partie supérieure de la colonne vertébrale, tandis que les mêmes moyens n'avaient eu aucun succès dans le voisinage de l'organe malade.

Obs. X.[e] — Jasper Moylan, matelot, âgé de 43 ans, fut admis à l'hôpital pour perte presque totale de la vue survenue subitement, après avoir dormi le visage tourné vers le soleil, sur le pont d'un navire. Le cas fut pris pour une goutte sereine; en conséquence, les vésicatoires aux tempes et derrière les oreilles, et les moxas, furent employés à plusieurs reprises, mais sans succès. Quatre ou cinq mois après, au commencement de mars 1831, il fut confié aux soins du docteur Parrish qui lui prescrivit des pilules de calomel, le soir, tous les deux jours, et un laxatif tous les matins, et lui fit appliquer un vésicatoire assez étendu pour couvrir toutes les vertèbres cervicales. Douze heures après cette application, il y avait déjà une amélioration sensible. On continua le traitement *altérant*, et l'on fit suppurer le vésicatoire. Sous l'influence de ces moyens, il put, au bout de quelques jours, distinguer des objets très-éloignés, et le 8 avril, il avait recouvré la vue de la manière la plus complète.

Il peut être utile d'insister sur la connexion qui existe entre l'irritation de l'épine et les affections nerveuses de l'appareil respiratoire caractérisées par leur nature spasmodique, et l'absence des symptômes ordinaires de l'inflammation, ou par quelque dérangement organique, comme la coqueluche, la toux spasmodique, l'asthme, etc., etc. La sensibilité morbide de la partie supérieure de la colonne vertébrale est citée, par quelques auteurs récens, comme un symptôme qui se retrouve constamment dans ces maladies rebelles, et de là, ils ont recommandé les saignées locales, les vésicatoires, etc., à la nuque, comme la meilleure manière de les traiter. L'observation suivante, qui a été

communiquée à l'auteur par le docteur Jackson, vient à l'appui de cette opinion et démontre l'utilité de diriger ses recherches vers la colonne vertébrale dans les cas douteux et opiniâtres.

Obs. XI.e — Une jeune dame, d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux, réclama les soins du docteur Jackson dans le courant du printemps de 1832. Elle éprouvait depuis l'année précédente une toux sèche, douloureuse, accompagnée de symptômes dyspeptiques et nerveux. Elle était considérablement amaigrie, et regardée par ses amis comme phthisique à un degré avancé. Le docteur Jackson ne put découvrir aucun signe d'affection organique des poumons, et prescrivit un traitement palliatif. Au bout de quelques semaines, les symptômes devenant plus alarmans, et ne sachant où trouver la cause de la maladie, il fut porté à explorer la colonne vertébrale. Une vive sensibilité à la pression existait depuis les dernières vertèbres cervicales jusqu'au milieu de la région dorsale. On y appliqua à plusieurs fois des ventouses qui diminuèrent la toux et les autres symptômes, et on donna naissance à une éruption pustuleuse par l'application du tartre stibié. Pendant le développement de l'éruption, les souffrances de la malade furent augmentées considérablement; mais dans la période de décroissance, la toux cessa, l'appétit devint bon, la santé générale s'améliora d'une manière étonnante, et, au bout de quelques semaines, elle était parfaitement rétablie. Pendant ce traitement, la malade prit très-peu de choses à l'intérieur; on lui fit garder la position sur le dos pendant l'action du tartre stibié.

Les deux observations qui suivent ont été choisies parmi un grand nombre qui offraient des symptômes analogues, mais moins intenses; elles pourront servir à faire voir l'efficacité du traitement révulsif appliqué au rachis, dans la forme la plus cruelle de l'affection appelée *hystérie*.

Obs. XII.e — Mary Hall, âgée de 23 ans, habituée à

l'intempérance, fut prise, dans l'année 1830, de paralysie des membres inférieurs, accompagnée de plusieurs symptômes nerveux qui apparaissaient par accès; elle devint sujette à des attaques de manie, de convulsions, etc. Elle fut admise à l'hôpital au printemps de 1831, et elle y subit des traitemens variés sans succès permanent; elle ne put raconter d'une manière satisfaisante le commencement de sa maladie, qui fut regardée comme dépendant du désordre des fonctions utérines, car elle n'était point réglée depuis son entrée à l'hôpital. Le 5 décembre 1831, elle eut un accès de manie extrêmement violent; elle parlait, chantait, riait aux éclats tour à tour. Les membres inférieurs étaient paralysés, tandis que les parties supérieures du corps étaient agitées de convulsions; les fèces passaient involontairement, la peau était froide et visqueuse, le pouls petit et filiforme, la langue couverte d'une couche épaisse, la tête chaude. On mit en usage les applications froides à la tête, les applications stimulantes aux pieds, le calomel à l'intérieur, les sangsues et les ventouses sèches sur le trajet de la colonne vertébrale. A ces moyens, qui furent continués avec persévérance, on ajouta des frictions le long du rachis avec une brosse et l'application d'un emplâtre au tartre stibié depuis les vertèbres cervicales jusqu'au sacrum, qui fut suivi d'une abondante éruption. Le traitement dura un mois, avec quelques variations dans les résultats, et le 5 janvier 1832, Marie Hall fut renvoyée guérie. Deux mois après, elle n'avait eu aucune rechute, et sa santé était très-bonne.

Obs. XIII.[e] — Anne Divine, âgée de 30 ans, d'une complexion délicate et d'un tempérament nerveux, éprouva, sans causes appréciables, dans le gros orteil une douleur aiguë qui envahit les pieds, les genoux, les cuisses, les hanches et les bras; enfin, elle attaqua les muscles de la poitrine et de la face, et gêna la respiration et la déglutition; cet état dura environ vingt mois, au bout desquels l'affection se limita aux muscles de la face, le long de la mâchoire

inférieure, aux tempes et au sommet de la tête; tous ces endroits devinrent sujets à des accès de douleur extrêmement violens. Alors elle fut admise à l'hôpital de Pensylvanie, où elle resta un an; après y avoir épuisé tous les traitemens, elle en fut renvoyée comme incurable. Environ deux mois après, elle entra à l'hôpital de Philadelphie, où elle fut encore soumise à des traitemens variés, sans éprouver aucune amélioration durable. Le 16 décembre 1830, elle n'était plus en traitement depuis plusieurs semaines. Les douleurs étaient atroces. Les mâchoires étaient tellement serrées l'une contre l'autre, que la mastication était impossible. Les règles paraissaient régulièrement; mais altérées et en petite quantité. Les douleurs névralgiques augmentaient à chaque époque. La colonne vertébrale fut trouvée sensible à la pression dans toute son étendue, et surtout vers l'union des dernières vertèbres lombaires avec le sacrum. D'après cette circonstance, il fut décidé qu'on soumettrait cette femme au traitement de l'hystérie, comme il est indiqué dans Tate. Un purgatif mercuriel fut administré, et produisit des évacuations abondantes; on fit prendre trois fois par jour des pilules composées avec l'aloës, le carbonate de fer et l'huile essentielle de menthe poivrée, dans l'intention d'agir sur l'utérus; on prescrivit des bains de siège tous les soirs d'une époque à l'autre; on fit frotter la colonne vertébrale depuis la nuque jusqu'au sacrum, de quatre heures en quatre heures, jusqu'à éruption suffisante, avec une pommade formée de deux gros de tartre stibié pour une once de cérat simple. Le 25, l'éruption était très-belle, et tous les symptômes s'étaient amendés. Ce traitement fut continué avec persévérance, et produisit enfin la guérison, qui était complète le 27 juillet 1831. Dans le cours de ce traitement, on remarqua que le développement des pustules fut quelquefois accompagné de beaucoup d'irritation et même d'exacerbation momentanée dans les symptômes; cependant une amélioration notable était toujours

en définitive le résultat de l'éruption. Le docteur Parrish a eu occasion de voir cette femme plusieurs fois depuis sa sortie de l'hôpital, et a pu s'assurer de la solidité de la guérison.

En résumant tout ce que nous possédons actuellement sur la connexion qui existe entre l'irritation de l'épine et les maladies nerveuses, on peut établir : 1.° que la sensibilité à la pression de quelque portion de la colonne vertébrale est un symptôme que l'on rencontre dans beaucoup d'affections nerveuses chroniques, et qu'en faisant disparaître cette sensibilité morbide par les moyens indiqués, on guérit entièrement, ou au moins l'on suspend ces affections ; que les indications précises que cette circonstance révèle ne sont pas encore assez bien connues pour justifier l'admission d'un principe pathologique déterminé applicable à toute la classe de maladies nerveuses. Ce sujet est certainement d'un assez haut intérêt, considéré sous le point de vue pathologique ou dans son application pratique, pour exciter des recherches ultérieures.

Aux observations rapportées par le docteur Parrish, je crois devoir ajouter les suivantes, qui ont la plus grande analogie avec elles :

Obs. XIVe — Vers le milieu de l'été dernier, je fus appelé auprès de la femme Bergeron, âgée de 36 ans, mère de plusieurs enfans, aimant la danse, et s'y livrant avec passion, habitant un pays où les fièvres intermittentes sont extrêmement communes, et ayant eu elle-même de ces fièvres très-souvent. Je la trouvai dans l'état suivant : épigastre douloureux à la pression, langue rouge à la pointe et aux bords, vomissemens provoqués par l'ingestion des alimens, respiration courte et causant de vives douleurs vers l'estomac, fièvre, poumons sains, douleurs vagues en différentes parties du corps, et particulièrement dans les membres inférieurs ; ces dernières douleurs sont exaspérées par la station et la marche, ce qui force la malade à rester couchée ; soif vive. Des

sangsues à l'épigastre, la diète, le repos, des boissons mucilagineuses, etc., triomphèrent en peu de jours de l'inflammation de l'estomac; tous les symptômes de ce côté disparurent, et les douleurs des membres inférieurs diminuèrent beaucoup, mais ne cessèrent pas complètement; l'appétit ne revint pas tout-à-fait: il se manifesta un peu de diarrhée; cependant elle se remit à ses travaux ordinaires, et s'en acquitta sans inconvénient pendant une douzaine de jours. Alors les douleurs des membres inférieurs s'accrurent rapidement; ceux-ci refusèrent le service, et la malade s'alita de nouveau. Elle éprouvait un malaise général, accompagné de douleurs quelquefois très-aiguës, tantôt dans les cuisses et les jambes, qui étaient incomplètement paralysées, tantôt dans le dos, dans la poitrine et dans les mamelles. J'examinai la colonne vertébrale, et trouvai une vive sensibilité à la pression au niveau des dernières vertèbres dorsales. Je fis placer sur cet endroit un large vésicatoire qui suppura pendant plus de trois semaines. Toutes les douleurs se dissipèrent dans les premiers jours qui suivirent cette application, et la paralysie des membres disparut promptement. Quelque temps après la guérison du vésicatoire, la femme Bergeron fut prise d'une attaque de nerfs qui dura une heure, et fut suivie d'une menstruation abondante. La santé fut bonne pendant quelques jours; mais une fièvre tierce peu grave vint la troubler de nouveau. Cette fièvre, après quelques accès, céda au sulfate de quinine. J'ai revu cette femme plusieurs fois pendant le reste de l'été, et sa santé n'a pas cessé d'être excellente. Ainsi, ces douleurs et cette paralysie des membres inférieurs ont été radicalement guéries par l'application et la suppuration prolongée d'un vésicatoire sur un point du rachis correspondant à l'origine des nerfs qui se distribuent à ces membres, et sur lequel la pression causait une vive douleur.

Obs. XV.ᵉ — M.ᵐᵉ de M., jeune femme délicate et nerveuse, se livrant avec beaucoup d'ardeur à la peinture, me

fit appeler dans la nuit au commencement de ce mois. Elle éprouvait depuis quelques heures des douleurs atroces dans l'estomac, la poitrine, les mamelles, le dos et les épaules. Ces douleurs revenaient par accès de quart d'heure en quart d'heure, et se manifestaient alternativement dans ces différentes parties. Au fort de l'accès, la suffocation semblait imminente, et la malade ne pouvait rester couchée sur le dos. Elle me dit qu'elle souffrait depuis dix ans d'une *gastrite* dont l'origine remontait à une époque où elle avait éprouvé de grands chagrins; que depuis ce moment elle était sujette à des symptômes nerveux analogues à ceux qu'elle éprouvait à l'instant où je la voyais, mais beaucoup moins intenses; les règles paraissaient tous les mois, mais en petite quantité; quelquefois la région cervicale inférieure du rachis était si sensible à la pression, que la malade ne pouvait s'appuyer le dos quand elle était assise. En explorant la colonne vertébrale, je reconnus cette sensibilité à l'endroit indiqué; en pressant fortement, je déterminai la suffocation. L'épigastre était aussi très-douloureux à la pression. L'estomac rejetait toutes les boissons. La saignée, les antispasmodiques, les applications émollientes et narcotiques, le bain, ne produisirent aucun effet; les accès névralgiques se renouvelèrent de quart d'heure en quart d'heure avec la même violence. Je prescrivis un vésicatoire, long de trois pouces et large d'un pouce et demi, sur les vertèbres cervicales inférieures. D'abord nulle amélioration ne fut sentie; mais aussitôt que le vésicatoire produisit son effet d'une manière appréciable pour la malade, les douleurs diminuèrent, les vomissemens disparurent, et l'épigastre cessa d'être douloureux à la pression.

Ici on trouve bien les douleurs des mamelles signalées par les docteurs Tate et Parrish; mais la douleur était beaucoup plus violente et plus fréquente dans le côté droit de la poitrine que dans le côté gauche, ce qui ne s'accorde pas avec les remarques de ces auteurs. G. Richelot, D. M.

Sur les organes de la voix humaine; par Sir Ch. Bell, *membre de la Société royale de Londres* (1).

Les expériences et les observations contenues dans ce mémoire ont été entreprises par M. Ch. Bell, dans le but de compléter ses recherches sur les fonctions des diverses branches nerveuses de la face et du cou. Les nerfs qui se distribuent à la partie antérieure du cou, à la partie supérieure du pharynx et au larynx sont très-compliqués, et on n'est pas d'accord sur les fonctions de chacun d'eux; ce qui dépend, sans aucun doute, de leur complication même et des sympathies nombreuses qui existent entre les organes dans lesquels ils se répandent. Il a cru, en conséquence, avant d'aborder cette question difficile, devoir étudier d'abord l'action de ces organes, et démontrer la nécessité de la coordination de ces actions entre elles, pour produire le moindre son vocal. Ces faits connus, il pense pouvoir rendre facilement raison de l'existence des nombreux filets nerveux et de leur irrégularité apparente.

En examinant les ouvrages des physiologistes, on observe des lacunes qui dépendent manifestement de la complication de l'organisation et de la difficulté même que présente le sujet; mais il en est d'autres qui tiennent à l'habitude où l'on est de n'assigner qu'une seule action à chacune des parties de l'économie animale; tandis que réellement rien n'est plus admirable que la variété d'actions que le même organe est appelé à remplir. Cette association d'actions n'est nulle part plus remarquable que dans les organes de la voix. Chacun d'eux remplit plus d'une fonction; ils sont tous entremêlés et en rapport intime avec des parties qui ont une double et même une triple action. Mais la complication de ces organes n'a rien qui doive nous surprendre, si nous

(1) *Philosophical Transactions.* 1832, 2.e partie.

nous rappellons qu'ils ont la faculté d'imiter le chant des oiseaux, les cris des animaux, de surpasser en clarté et en expression les instrumens de musique les plus parfaits, et de produire ces innombrables modifications des sons articulés qui constituent les langages des différens peuples du monde.

Le langage articulé étant le point sur lequel les traités de physiologie sont le plus défectueux, c'est de lui que l'auteur se propose de s'occuper plus particulièrement, sans en négliger pourtant plusieurs autres de moindre importance, et sur lesquels il pense que les physiologistes sont dans l'erreur.

Il divise son mémoire en trois parties : la première est consacrée à la *trachée*, la seconde au *larynx* et la troisième au *pharynx*.

§. I. *De la trachée.* — « On lit partout, dit l'auteur, que la trachée est formée de cerceaux cartilagineux incomplets, réunis par des membranes, et qu'elle est applatie dans sa partie postérieure, et l'on ajoute que c'est pour qu'elle puisse présenter un tube solide, qui donne un libre passage à l'air, pour qu'elle puisse s'accommoder aux mouvemens de la tête et du cou, et enfin pour qu'elle puisse cependant céder à l'œsophage distendu, pendant l'acte de la déglutition, et permettre au bol alimentaire de descendre jusqu'à l'estomac. Tout cela est très-exact; mais il y a une omission très-importante. Tout le monde admet bien qu'une sécrétion abondante est versée dans le conduit aérien, mais personne n'a démontré comment le mucus est expulsé au-dehors.

» Une couche mince et très-régulière de fibres musculaires existe à la partie postérieure de la trachée, en-dehors de la membrane muqueuse; ces fibres, dirigées transversalement, s'étendent des extrémités des anneaux cartilagineux à celles du côté opposé. Ce muscle est très-distinct chez le cheval. Si l'on prend un morceau de la trachée et qu'on enlève toutes les couches membraneuses qui la tapissent à l'intérieur

et à l'extérieur, en conservant toutefois la couche musculaire dont je viens de parler, les anneaux cartilagineux restent dans leur état naturel; mais si l'on coupe de haut en bas les fibres musculaires, on voit aussitôt les cartilages s'étendre brusquement et se redresser presque complètement. Ainsi, ce muscle est l'antagoniste de l'élasticité des cerceaux cartilagineux; en se contractant, il diminue le calibre du tuyau aérien, et lorsqu'il se relâche au contraire, le canal s'élargit sans l'intervention d'aucun muscle, qui serait son antagoniste, et par la seule élasticité des cartilages.

«Le canal aérien, dans tout son ensemble, se dilate pendant l'inspiration; mais dans l'expiration, et surtout dans l'expectoration difficile et dans la toux, le calibre de la trachée diminue. L'effet de cette action de resserrement est de débarrasser le canal des mucosités qui y sont accumulées, et qui sans cela auraient été entraînées par leur propre poids dans les poumons. Pendant l'inspiration, la trachée est dilatée, et le mucus n'est pas poussé fortement en bas; mais pendant l'expiration, le muscle transverse se contracte et diminue le calibre du conduit aérien; le mucus y occupe plus de place; l'air est chassé au-dehors avec une force plus grande qu'il n'avait été inspiré, et la conséquence naturelle de ces diverses actions est une tendance à faire remonter graduellement les crachats jusqu'à la partie supérieure de la trachée. Dans le larynx, les choses ont lieu de la même manière : l'ouverture de la glotte se dilate dans l'inspiration et se resserre dans l'expiration, et la glotte irritée, en excitant la toux, se débarrasse des matières qui la gênent. Sans ce changement qui s'opère dans le calibre de la trachée, les mucosités résultant de la secrétion ne pourraient arriver à la partie supérieure du conduit aérien et retomberaient dans les poumons.

» D'anciennes expériences de M. Favier, quoiqu'elles n'aient pas été faites pour éclairer la question qui nous occupe, prouvent cependant la manière dont l'action du muscle

transverse tend à expulser les corps étrangers. Ayant ouvert la trachée d'un chien de forte taille, on essaya d'y introduire différentes substances pendant l'inspiration, mais elles furent toujours chassées avec force et il fut impossible de les y faire rester. Il est clair que l'animal n'a pas été suffoqué pendant ces expériences, parce que, dans l'inspiration, l'air a un libre passage sur les côtés du corps étranger, et que dans l'expiration, au contraire, les circonstances ne sont plus les mêmes; le calibre du canal est diminué, et le corps étranger, comme une balle qui remplit un tube, est expulsé par l'air expiré.

» Mais cette organisation, si bien adaptée chez l'homme à l'expulsion des mucosités qui se forment dans la trachée, ne se rencontre pas chez les oiseaux. La trachée, dans ces animaux, est formée d'anneaux cartilagineux complets qui n'ont aucun appareil musculaire pour les comprimer. Mais aussi les voies aériennes des oiseaux sont toujours sèches, leurs poumons sont immobiles, et l'air qu'ils expirent ne contient pas d'humidité.

» C'est pour ces raisons que je n'admets pas l'opinion de Portal, qui pensait que le muscle transverse de la trachée est destiné à donner de la force à l'expiration, pendant l'acte de la parole.

» La trachée, et toute cette portion du canal aérien qui s'étend depuis le larynx jusqu'aux poumons, peuvent être considérés comme le porte-vent ou conduit qui porte l'air du soufflet à l'anche d'un tuyau d'orgue; et elles ont même moins d'influence sur la qualité du son que le porte-vent lui-même. Si cette portion du tube aérifère vibrait et pouvait produire des sons, ils viendraient se mêler et rendre confus ceux qui sont produits par la glotte. Les anneaux incomplets que présentent les cartilages de la trachée et leur isolement les uns des autres, sont mal adaptés pour produire et pour conduire le son; mais en outre il existe une autre disposition d'organes qui s'oppose d'une manière

plus puissante encore à la propagation du son dans son passage dans la trachée. Si en examinant un instrument de musique quelconque nous trouvions en contact avec une corde ou un tuyau un corps spongieux, d'une consistance charnue, quoique assez dense, et un appareil destiné à l'appliquer plus ou moins fortement sur le corps vibrant, nous n'hésiterions pas à conclure qu'il est destiné à étouffer ou à limiter les vibrations. Or, la *glande thyroïde* est une substance vasculaire, mais assez résistante, qui, à la manière d'un coussin, est couchée transversalement sur la partie supérieure de la trachée. Quatre muscles applatis comme des rubans naissent du sternum, de la première côte et de la clavicule, et remontent s'attacher au cartilage thyroïde et à l'os hyoïde, en passant sur ce corps glanduleux. Ces muscles en se contractant s'appliquent nécessairement plus fortement à la trachée. Si l'on admet que les vibrations de cette dernière ne produisent qu'un bourdonnement continu qui renforce les inflexions de la voix, sans rien ajouter à sa netteté, nous trouvons dans la disposition du corps thyroïde par rapport à la trachée, le meilleur arrangement possible pour étouffer ou pour empêcher complètement les vibrations qui se propageraient le long de la partie inférieure du tube aérien.

» Comme l'anatomie comparée fournit souvent des preuves de la justesse de certaines inductions physiologiques tirées de l'examen des fonctions chez l'homme, j'en déduisis que si ma manière de voir sur les usages du corps thyroïde était juste, ce corps ne devait pas exister chez les oiseaux. Or, c'est ce qui a lieu. L'appareil qui produit les sons dans ces animaux est placé à la partie inférieure de la trachée; le larynx, sous le rapport de ses fonctions, est en quelque sorte divisé en deux parties; sa portion supérieure (*larynx supérieur*), par sa structure, son mode de sensibilité et son action, est organisée de manière à s'opposer à l'introduction des corps étrangers; mais l'organe sonore proprement dit (*le larynx*

inférieur) est placé dans le thorax à la partie inférieure de la trachée artère; ainsi, chez les oiseaux, on voit que le son doit monter le long des parois de ce canal. Aussi, voyons nous que chez eux il n'existe pas de corps thyroïde, que la trachée est formée d'anneaux cartilagineux complets, et qu'on ne trouve aucune partie qui puisse étouffer les vibrations ascendantes. Je ferai, en outre, remarquer que le volume de la glande thyroïde n'est dans aucun animal aussi considérable que chez l'homme.

» Il est facile, d'ailleurs, de prouver que la trachée n'a aucune influence sur la voix. Dans la flûte ouverte par les deux bouts, et dans celle qui est fermée à l'un d'eux, comme la flûte de Pan, la longueur seule du tuyau détermine la note; elle est plus grave lorsqu'on l'alonge, et plus aiguë quand on le raccourcit. L'alongement et le raccourcissement de la trachée devraient produire le même effet, si les modifications de la voix dépendaient de ce canal; mais c'est tout le contraire qui a lieu; la trachée s'alonge dans les sons aigus, et se raccourcit à mesureque les sons deviennent plus graves.

» Ces considérations me portent à conclure que la trachée est disposée et organisée de manière à étouffer les vibrations, et à empêcher que les sons qui se forment dans le larynx ne puissent se propager en descendant le long de son trajet.

» §. II. *Du larynx.* — L'opinion générale est que la glotte est le siége primitif du son vocal, la source des vibrations communiquées à l'air expiré : c'est ce que l'expérience et l'analogie viennent pleinement confirmer. Mais il ne serait pas exact de regarder les mouvemens de la glotte et même les modulations de l'air dans le larynx comme les seules sources du son vocal. Ferrein a avancé que les lèvres de la glotte étaient analogues aux cordes d'un violon, et il regardait l'air qui frotte sur elles pendant l'expiration, comme un archet. Mais en admettant même cette supposition, on sait que, quoique la vibration de la corde dans un violon soit nécessaire à la

production du son, ce dernier éprouve des modifications très-sensibles de la forme et de la disposition de l'instrument. De même qu'une corde vibrant de la même manière, produit un son dont la qualité varie dans des instrumens différens, de même le son produit par la vibration des cordes vocales doit subir des modifications par l'influence du pharynx. De même qu'un diapason donne un son d'une qualité et d'une force différentes, suivant sa position et le corps avec lequel il est en contact, de même les vibrations de la glotte humaine doivent être influencées par les parties vers lesquelles le son est dirigé et sur lesquelles il vient frapper.

» L'air qui, dans l'acte de la respiration, entre dans la trachée et en sort sans donner lieu à aucun son appréciable, produit des sons vocaux lorsque les ligamens de la glotte ou cordes vocales sont tendus de manière à ce que le courant d'air fasse vibrer les lèvres de la glotte. Dans un instrument à vent, l'air doit être poussé avec force pour mettre en vibration les parois du tuyau sonore; il en est de même dans la production du son vocal par les organes de l'homme; il doit y avoir une certaine pression de la colonne d'air. Mais ces organes l'emportent de beaucoup sur tous les instrumens, en ce qu'ils possèdent non-seulement les moyens de régler et de modifier convenablement cette pression de la colonne d'air, mais encore de disposer les cordes vocales de manière à ce qu'elles agissent sous l'influence du soufle le plus léger qui puisse s'échapper des poumons. L'anche métallique d'un tuyau d'orgue est combinée de manière à vibrer à l'unisson avec l'air contenu dans le tuyau, et on arrive à ce résultat en alongeant ou en raccourcissant le tube. L'ouverture de la glotte est disposée de la même manière; seulement elle possède l'appareil régulateur le plus parfait possible.

» Mais outre cet avantage dont jouissent les cordes vocales de s'adapter aux moindres quantités d'air, l'appareil vocal

de l'homme est encore supérieur à tous les instrumens de musique, par la manière dont l'air lui est fourni par les mouvemens de la poitrine. Quoique dans l'orgue il y ait pour chaque note un tuyau séparé dont les dimensions relatives sont proportionnées avec une précision mathématique, cependant la colonne poussée dans ces tuyaux ne peut jamais être réglée aussi exactement qu'elle l'est par l'accord qui existe entre les mouvemens du thorax et ceux de la glotte. Il n'est pas possible d'arriver à donner à l'orgue la netteté et la précision des organes de la voix humaine, quand même on ajusterait un soufflet à chaque tuyau, et qu'on emploierait, comme on a essayé de le faire dans quelques automates, des poids et des ressorts pour approprier exactement la pression de l'air aux dimensions de chaque tuyau.

» Je néglige à dessein toute description anatomique pour continuer mes observations sur la forme et sur les usages des diverses parties de l'appareil vocal. Les ligamens thyro-arythénoïdiens, autrement *cordes vocales de Ferrein*, sont les ligamens placés le plus bas dans la glotte; ils constituent la fente de la glotte proprement dite. Ces ligamens ne sont pas isolés des parois du tube; mais seulement la membrane très-fine qui revêt ces parois se réfléchit sur eux. Cette membrane, en s'enfonçant entre les ligamens inférieurs et supérieurs, forme les ventricules du larynx. Une autre réflexion de cette membrane s'étend depuis l'extrémité de l'appendice du cartilage arythénoïde jusqu'à la base de l'épiglotte. Ces replis de la membrane de la glotte compliquent beaucoup l'ouverture du larynx. Néanmoins, par un examen anatomique attentif, le nombre des muscles qui s'insèrent aux cartilages arythénoïdes et les effets des mouvemens de ces muscles sur les ligamens inférieurs, font bientôt reconnaître les uns comme organes principaux, et les autres comme organes secondaires dans la production du son.

» D'autres circonstances cependant portent à croire que les ventricules ou cavités latérales du larynx ont une grande

influence sur le son produit. L'un des effets de cette cavité est évidemment d'isoler le ligament inférieur des parois du tuyau vocal, et de lui permettre ainsi de vibrer librement. Mais les différences de forme que présente cette partie, différence que l'anatomie comparée a fait connaître, et l'influence que quelques-uns des muscles des cartilages arythénoïdes, les thyro-arythénoïdiens et les crico-arythénoïdiens, doivent exercer sur elles démontrent qu'elle doit être regardée comme une portion essentielle de l'organe producteur du son. Les cris perçans que poussent certains animaux de la famille des singes, dans lesquels cette cavité est très-considérable, semblent confirmer cette opinion.

» Le siège des vibrations qui produisent la voix est si manifestement démontré par l'anatomie du larynx, et si positivement confirmé par l'observation, que les expériences qu'on a faites pour démontrer les mouvemens de la glotte sur les animaux vivans étaient complètement inutiles; d'autant plus que l'occasion se présente assez souvent d'examiner le jeu de ces organes sur l'homme, dans les cas de certaines plaies du cou, par exemple. Dans des cas de ce genre, j'ai pu, à diverses reprises, étudier les mouvemens de la glotte chez l'homme et dans l'acte de la respiration et dans l'acte de la parole. J'ai observé que la glotte se dilate à chaque inspiration. En ordonnant au malade de parler, et en l'y encourageant lorsqu'il ne produisait aucun son, en lui assurant que je le comprendrais très-bien par les mouvemens des lèvres, je me suis assuré que, dans les efforts que dans ce cas on fait pour parler, la glotte se meut aussi bien que les lèvres. Quoique ces expériences soient trop pénibles pour pouvoir les prolonger beaucoup, je les ai répétées assez souvent pour constater qu'il y a un mouvement de la glotte qui correspond aux efforts des autres organes de la voix. »

(*La suite au prochain Numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Introduction de l'air dans les veines a la suite d'opérations chirurgicales. — *Par J. Warren, professeur d'anatomie et de chirurgie.* *Obs.* Ire. — William Burrill, de Salem, âgé de 60 ans, fut admis à l'hôpital général de Massachusett, le 16 octobre 1830. Il avait une affection cancéreuse du côté gauche de la face et du cou dans une étendue de trois ou quatre pouces. La partie malade était dure à ses bords, d'une couleur rouge livide, ulcérée au centre, très-fétide, causant beaucoup de douleur, et avait réagi d'une manière fâcheuse sur la santé générale. La glande parotide, la sous-maxillaire, la sous-linguale et tous les tissus, excepté l'os, avaient été envahis par la maladie. On ne se décida à emporter cette tumeur avec l'instrument tranchant que sur les pressantes sollicitations du malade. Le docteur Warren, considérant l'étendue des parties altérées, prévoyant que des vaisseaux importans seraient divisés, notamment les artères faciales, sublinguales, probablement la temporale et la carotide externe, se décida à commencer par lier le tronc de la carotide. Dans cette intention, il fit, vis-à-vis le cartilage thyroïde, une incision qu'il prolongea deux pouces au-dessus. Le muscle peaucier fut divisé; le bord du sterno-mastoïdien fut découvert et disséqué. Jusque là, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. A peine avait-il découvert la gaîne celluleuse des gros vaisseaux qu'un petit écoulement de sang veineux vint sourdre sous le scalpel et entrava l'opération. Au même instant on entendit très-distinctement un bruit semblable à celui qui est produit par le passage de l'air au travers de l'eau. On aperçut quelques bulles d'air dans ce sang veineux dont l'écoulement fut arrêté par l'application du doigt. Le patient s'écria : « Je m'évanouis. » Son visage n'était pas pâle, mais livide, presque noir, les muscles étaient agités de mouvemens convulsifs. La respiration devint pénible et stertoreuse comme dans l'apoplexie. Le pouls, au poignet, était distinct mais très-faible. La plaie ne donnant point de sang, le malade n'en ayant perdu déjà que très-peu, on ouvrit l'artère temporale ; le sang en jaillit avec force, et à mesure qu'il s'écoulait, la respiration devint plus fréquente et moins laborieuse ; le pouls se releva ; la couleur plombée des joues prit une teinte plus vermeille, et les symptômes s'amendèrent d'une manière évidente. Ce changement favorable se fit dans l'espace de vingt minutes. Au bout d'une demi-heure,

le paticut fut placé dans son lit, où il resta pendant deux heures dans un état d'insensibilité; puis, il se réveilla comme d'un profond sommeil, et sa respiration redevint comme celle d'un apoplectique. La nuit se passa sans accidens, et le lendemain matin, il était aussi bien qu'à son ordinaire, à l'exception de quelque douleur dans le thorax et dans la tête. Sept jours après cet accident, l'opération fut pratiquée sans lier préalablement l'artère carotide.

Les parties malades furent cernées par une incision elliptique étendue du lobe de l'oreille à la partie supérieure du cou, et renfermant les glandes sous-maxillaire, sous-linguale et parotide, qui étaient désorganisées. L'os maxillaire inférieur était sain. L'hémorrhagie fut abondante, mais promptement arrêtée, excepté celle qui provint d'une grosse veine qui à cause de sa situation profonde sous la mâchoire ne put être liée, et fut comprimée avec une éponge. Pendant l'opération les veines au-dessous de la plaie furent comprimées par un aide. Le malade éprouva une syncope qui ne dura pas long-temps. Le 10 décembre suivant, il sortit de l'hôpital.

Obs. IIe. — Nancy Bunker, âgée de 33 ans, avait au sein droit une tumeur qui avait envahi toute la glande mammaire; elle était dure, mobile et cependant évidemment liée au muscle pectoral par une adhérence morbide. Une tumeur considérable, arrondie et dure, était située dans l'aisselle. Des douleurs lancinantes se faisaient sentir presque constamment depuis un an. La malade désirait une opération; elle pensait qu'elle ne s'en releverait point, mais elle était tranquille et résignée. En examinant avec soin la tumeur, on crut qu'il serait possible d'enlever toute la maladie, qu'ainsi cette femme aurait quelques chances de salut, et que s'il y avait une récidive, au moins les douleurs seraient-elles moins insupportables. En conséquence on procéda à l'opération le 24 décembre 1831.

La malade étant assise dans une chaise, le bras droit fut étendu et levé par un aide au-dessus de la ligne horisontale pour tendre la peau et donner accès dans le creux de l'aisselle. Toute la portion cancéreuse fut comprise dans une incision ovale, le sein fut disséqué sur le muscle pectoral et laissé uni avec les glandes axillaires jusqu'à ce que celles-ci fussent enlevées. Comme elles adhéraient aux vaisseaux axillaires, on les détacha par une dissection minutieuse et en introduisant le doigt partout où le tissu cellulaire était assez lâche. La séparation était complète à l'exception d'une très-petite adhérence située à chaque extrémité de la tumeur. En cherchant à détruire celle qui était située à la partie externe de l'aisselle, une veine fut ouverte et une petite quantité de sang veineux venant masquer les parties, l'opérateur dirigea ses recherches vers l'autre côté de l'aisselle. Tout-à-coup la malade se débattit, son visage devint livide, le bruit d'air indiqué dans l'observation précédente fut entendu. On comprima l'aiselle. La malade devint insensible et sa respiration pénible comme dans l'apo-

plexie. La tumeur fut séparée d'un seul coup. On fit passer un peu d'eau-de-vie dans le gosier, on présenta de l'ammoniaque sous le nez. Le pouls cependant s'affaiblissait à chaque instant; on appliqua des fomentations chaudes aux extrémités, on fit des frictions sur la poitrine et différentes parties du corps, on fit avaler une grande quantité d'eau-de-vie. En ce moment, la couleur livide des joues fut remplacée par une teinte vermeille de la plus éclatante beauté. Ce phénomène dû, sans doute, à l'ingestion de l'eau-de-vie, donna quelques espérances au docteur Warren ; mais la lividité reparut bientôt; la respiration devint plus faible, le pouls à peine perceptible, et les membres froids malgré les applications chaudes ; enfin la respiration cessa.

Un dernier effort fut tenté ; le larynx ayant été ouvert, on introduisit de l'air dans les poumons, à l'aide d'un soufflet, et en imitant l'acte de la respiration avec la plus grande exactitude possible, tandis qu'on continuait d'ailleurs les frictions et les fomentations. Cet essai fut soutenu inutilement pendant vingt minutes. Le corps de cette femme fut enlevé par sa famille, et il ne fut pas possible de l'examiner. (*The American journal of the Medical Sciences*, août 1832.)

Tumeur emphysémateuse du cou accompagnée de phénomènes remarquables ; *observation recueillie par le docteur Ollivier, d'Angers.* — M. R....., d'un tempérament sanguin et nerveux, d'une constitution robuste, jouissant habituellement d'une santé parfaite, se rend un matin chez un de ses amis pour causer d'affaires ; il s'assied tranquillement dans un fauteuil et en renversant sa tête en arrière pour l'appuyer contre le dos du fauteuil, il ressent tout-à-coup, dans la profondeur du cou, du côté droit, un craquement accompagné d'une légère douleur, et à l'instant même une tumeur du volume des deux poings s'y développe, en causant une anxiété inexprimable, des maux de cœur et une perte incomplète de connaissance. On s'empresse autour de lui, on le regarde comme frappé d'apoplexie, on veut envoyer chercher un médecin pour faire une saignée; mais M. R..... revient à lui, la tumeur paraissait un peu diminuée, il se contenta de prendre de l'eau sucrée, et s'apperçevant que l'absence de tout mouvement diminuait son anxiété, et que la tumeur du cou perdait insensiblement de son volume, il resta ainsi tranquille, sans changer de position pendant près de deux heures, et dès qu'il se sentit plus calme, il monta en voiture et se fit reconduire chez lui.

Appelé de suite par le malade, je ne pus me rendre près de lui que sur les sept heures du soir. Aussitôt après son arrivée, il s'était mis au lit, et le frisson, dont il avait été saisi d'abord, avait été remplacé par une sueur générale très-abondante qu'il avait excitée et entretenue en se faisant couvrir de plusieurs couvertures. Aussi trouvai-je le malade avec la face rouge, mouillée de sueur, la tête lourde, le pouls plein, large, battant 88 pulsations par minute : après qu'il

m'eut dit, en quelques mots, ce que je viens de rapporter, j'examinai avec soin la région du cou, où la tumeur s'était développée. Le point qu'il m'indiqua était la partie antérieure et inférieure du cou, en dedans du sterno-mastoïdien, et directement en arrière de l'articulation sterno-claviculaire droite. Il n'y existait plus de tuméfaction, mais cette partie du cou était cependant manifestement plus gonflée et plus molle que celle du côté opposé; en pressant doucement au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule dans la direction de la trachée, on déterminait de la douleur profondément. La déglutition n'était aucunement gênée, et ne causait pas la moindre sensation pénible; les divers mouvemens de la tête et du cou n'en produisaient pas davantage; le malade ne se plaignait que d'une douleur aiguë et circonscrite dans l'épaisseur et au milieu de la mamelle droite, d'un poids incommode à l'épigastre et d'une difficulté de respirer du côté droit; il était, en outre, fort inquiet de sa position.

Je parvins à le tranquilliser, et quand je le vis plus calme, je l'engageai à me raconter avec plus de détail ce qu'il avait éprouvé. M. R.... recommençait sa narration, et me parlait avec vivacité depuis quelques minutes, quand tout-à-coup je le vois pâlir, sa voix devient plus faible, et en un instant, la peau du cou est soulevée dans le point indiqué par une tumeur du volume d'une grosse orange; en même temps, le malade fait des efforts répétés pour vomir; une sueur froide succède à la chaleur qui existait auparavant; la respiration devient difficile, intermittente, accompagnée d'une douleur déchirante au niveau et un peu en dedans du mamelon droit, qui correspondait à un tiraillement douloureux qui se faisait sentir à la partie inférieure du cou; le malade se tient sur son séant, le corps fléchi en avant, se plaint à chaque instant qu'il se sent mourir, et malgré son extrême pâleur et la syncope, en quelque sorte, imminente, je ne trouve pas le pouls plus irrégulier, ni plus petit, je compte le même nombre de pulsations qu'avant.

Cet état d'angoisse dura plusieurs minutes pendant lesquelles l'aspect du malade avait quelque chose d'effrayant. La tumeur s'était élargie et donnait au cou la forme qu'il présente dans certains goîtres volumineux qui n'occupent qu'une moitié du corps thyroïde: la peau qui la recouvrait avait sa couleur naturelle. Le développement rapide de cette tumeur, ses caractères extérieurs, son siége, qui m'expliquait la plupart des phénomènes que j'avais sous les yeux, tout m'annonçait qu'elle résultait d'un emphysème circonscrit qui avait probablement pour origine une rupture très-limitée d'un point de la trachée-artère. L'appréhension du malade, bien plus que la sensibilité de cette tumeur, m'empêcha de m'assurer s'il y existait la crépitation qu'on trouve dans l'emphysème; je ne doute pas que je l'eusse sentie, si j'avais pu exercer une pression convenable à sa surface.

En conséquence de ce diagnostic, je recommandai au malade un

repos et un silence absolus, afin d'éviter toute espèce d'efforts pouvant accélérer momentanément la respiration; je prescrivis une potion narcotique avec des frictions aromatiques froides et un bandage compressif sur la tumeur. Je m'attachai surtout à rassurer l'esprit du malade que cette récidive inattendue avait singulièrement effrayé, en lui expliquant la nature de l'accident qui lui était arrivé. La nuit fut agitée et sans sommeil; on réitéra de bonne heure les frictions, et quand je revis le malade le lendemain matin, la tumeur du cou avait presque entièrement disparu, mais une pesanteur incommode à l'épigastre et la douleur dans l'épaisseur des parois de la poitrine, se faisaient toujours sentir quoiqu'à un moindre degré. Ces accidens diminuèrent progressivement les jours suivans, la douleur de la partie inférieure du cou devint de plus en plus obscure, et après une semaine de repos, M. R..... put reprendre ses occupations habituelles. Depuis quatre mois, sa santé n'a pas éprouvé le moindre dérangement.

On trouve dans les auteurs des exemples d'emphysèmes spontanés développés par suite de violens efforts de respiration, mais ici il n'y a rien eu de semblable comme cause; toutefois, l'emphysème se montre alors, de même que dans le cas que je viens de rapporter, aux environs des clavicules, et le plus souvent cet accident ne détermine aucun effet fâcheux. Chez le malade que j'ai observé, les symptômes particuliers qu'il a présentés me font penser que l'air s'est échappé en petite quantité, probablement par suite d'une déchirure latérale de la trachée-artère; qu'il s'était infiltré dans le tissu cellulaire qui entoure le tronc du nerf pneumo-gastrique, d'où est résulté un déplacement, un soulèvement, une sorte de distension de ce nerf, auxquels on peut attribuer les phénomènes spasmodiques dont l'estômac était le siége, ainsi que le trouble de la respiration : en effet, ces phénomènes étaient en rapport direct, pour leur intensité, avec le volume de la tumeur du cou, de telle sorte qu'ils s'accroissaient à mesure que son volume augmentait, et que leur diminution suivait l'affaissement des parties emphysémateuses. Je ne sache pas qu'on ait publié d'observation analogue à celle-ci, et quelle que soit l'explication qu'on adopte, le fait m'a paru assez intéressant pour fixer l'attention.

Calculs urinaires chez les naturels du Bengale; *par M. Burnard.* — D'après les faits observés par l'auteur, il paraît évident que les maladies calculeuses et celles des voies urinaires ne sont pas à beaucoup près aussi rares dans les climats intertropicaux qu'on l'a dit généralement. A l'hôpital de Bénarès, destiné pour les indigens, et qui a été créé en 1811, on reçoit annuellement environ 7,000 malades, et quoique parmi ces individus on ait observé quelques cas de maladies des voies urinaires avant 1826, époque à laquelle M. Burnard fut nommé médecin de l'hôpital, il ne s'était jusqu'alors présenté aucun cas de lithotomie. La première opération de cette nature qu'il fut appelé à pratiquer, eut lieu le 26 octobre 1826; mais le malade

mourut quinze jours environ après l'opération avec des symptômes d'affection cérébrale. Depuis cette époque jusqu'en 1830, douze autres cas se sont présentés et ont été opérés. Un seul individu a succombé; ainsi, sur treize opérations, M. Burnard n'a eu que deux insuccès. Tous ces malades étaient des naturels du pays, habitans de Bénarès ou des environs de cette ville. Les âges des malades étaient distribués ainsi qu'il suit : 1 de 5 ans, 1 de 7, 1 de 8, 1 de 9, 2 de 10, 1 de 13, 1 de 14, 1 de 16 et 2 de 22 ans. Le calcul le plus petit pesait un gros et dix grains, et le plus gros 8 gros; quatre autres pesaient entre deux et trois gros; parmi ces concrétions, deux étaient composées d'acide lithique, deux d'oxalate de chaux, deux de couches alternatives, une d'acide lithique avec du lithate d'ammoniaque, et le reste était formé d'un mélange d'acide lithique, de phosphate ammoniaco-magnésien et de phosphate de chaux.

M. Burnard a eu occasion d'observer quatre cas de concrétions calculeuses logées dans l'urètre, dont il a débarrassé les malades au moyen de l'opération. Aux observations rapportées par ce praticien, M. W. F. Brett a ajouté les détails de sept autres cas d'opération de lithotomie, sur lesquels quatre seulement furent couronnés de succès. Deux des opérés, l'un âgé de 17 ans, et l'autre de 3 ans, succombèrent à des symptômes de tétanos. Plusieurs de ces opérations ont été pratiquées à Shajehanpore, et deux à Banghulpore. Tous les sujets étaient des Indous, à l'exception d'un seul qui était un enfant Mahométan. A la suite de ces faits, M. A. K. Lindsay rapporte l'observation de l'enfant d'un bramine qu'il débarrassa d'une pierre assez volumineuse par la méthode de Celse. Vingt-deux jours après l'opération l'incision était presque complètement cicatrisée, et l'enfant guérit parfaitement et en peu de temps. Enfin, M. W. H. Spry cite le cas d'un autre enfant anglo-indien, âgé de sept ans et demi, qui subit la même opération, et chez lequel le résultat fut tout aussi avantageux. (*Trans. of the Med. and Phys. Soc. of Calcutta*, t. V; et *the Edinburgh Med. and Surg. Journal*, janvier 1833.).

Fongus médullaire du bras droit; *Observ. par le docteur Hesselback*. — Au mois d'avril 1828, un garçon menuisier observa à son bras droit, au-dessus du condyle interne, une place dure, élevée, de l'étendue d'une noix, indolore, et sans changement de couleur de la peau. Au bout de trois mois, la tumeur s'ouvrit sans causer beaucoup de douleur, donna issue à du pus épais mêlé de sang, et se referma quinze jours après. Au mois d'avril la tumeur s'ouvrit de nouveau; l'ouverture s'agrandit et devint fongueuse. Le malade entra à la Clinique le 29 juin. On trouva à quelques pouces au-dessus du condyle interne, vers le bord interne du biceps, une plaie suppurante, ayant quelques pouces de diamètre, élevée d'une ligne au-dessus du niveau de la peau, ressemblant à une glande en suppuration, ayant un fonds d'un blanc sale sur lequel étaient disséminés

des petits point rouges, semblables à des granulations charnues. Le bord de la peau qui entourait cette ulcération était tuméfié et décollé. Sous la peau on sentait une tumeur dure, grosse comme un œuf de pigeon, et qui paraissait fixée par sa base. La partie malade n'était point douloureuse, et le pus excrété était louable; les muscles, vaisseaux et nerfs environnans ne paraissaient point être malades. Le docteur H. résolut d'enlever la tumeur par la ligature; il appliqua celle-ci le 3 août, après avoir détaché la tumeur de la peau au moyen d'un instrument obtus. La ligature causa peu de douleurs. Le 5 août la portion gangrénée fut enlevée au moyen du bistouri. Mais le 6, la plaie s'éleva de nouveau, et malgré l'application de l'acétate de plomb et de la potasse caustique, le fongus augmenta de volume. Le nerf médian étant tuméfié et tendu au-dessus de la partie malade, et le fongus paraissant y avoir ses racines, M. H. coupa celles-ci tout près du nerf et enleva la tumeur, ce qui occasionna des douleurs très-vives. Les premiers jours après l'opération on appliqua alternativement la potasse caustique et l'onguent digestif; de belles granulations se développèrent; vers la fin d'octobre, la tuméfaction du nerf médian avait disparu, et le 1er novembre la plaie était guérie. Depuis cette époque l'individu travaille sans rien ressentir dans son bras. (*Hesselbach med. chir. Beobachtungen*; B. 1. H. 1. 1832.)

Thérapeutique.

Vertu préservative de la belladone dans les épidémies de scarlatine; *obs. par le docteur Hillenkamp.* — Pendant une épidémie de scarlatine, 120 enfans, de un à six ans, prirent la belladone régulièrement, 20 à 30 la prirent irrégulièrement, 25 à 30 n'en prirent pas du tout. Des premiers 5 furent affectés de scarlatine, des seconds 8, et des derniers 11. Le docteur H. employait la solution de deux grains d'extrait de belladone dans une once d'eau de cannelle; et il en donnait matin et soir autant de gouttes que le malade avait d'années. De tous les enfans qui moururent pendant l'épidémie aucun n'avait pris la belladone. (*Hufeland's Journal*; mars 1832.)

Effet de la lobélie enflée contre l'asthme; *par M. Whitlaw, pharmacien.* — La lobélie enflée (*Lobelia inflata* L.) appartient à la famille des Campanulacées; c'est une plante bisannuelle qui croît dans presque toutes les provinces des États-Unis d'Amérique. Ce genre renferme un grand nombre d'espèces, qui, pour la plupart, jouissent de propriétés médicinales assez prononcées; mais la plante qui est l'objet de ces observations est la plus active de toutes. Ses propriétés étaient restées ignorées, et c'est le hasard qui les fit découvrir. J'observai, dit M. Withlaw, que certains animaux tels que des bœufs, des chevaux, etc, qui, pendant l'hiver, avaient été soumis à une nourriture sèche, et qui, pour cette raison, étaient devenus extrêmement maigres et at-

teints d'une espèce de dartre furfuracée de tout le corps, recherchaient au printemps cette plante et la mangeaient avec avidité. L'effet de cette nourriture était de déterminer chez ces animaux une salivation abondante. Il arrivait quelquefois qu'ils étaient empoisonnés pour avoir mangé trop de cette plante; et un grand nombre aurait infailliblement péri si l'on ne se fut hâté de leur donner des navets et des feuilles de choux, qui paraissaient détruire l'effet narcotique de la lobélie. Peu de temps après l'usage de la la lobélie la peau de ces animaux devenait molle et reprenait une apparence saine. C'est cette plante qui donne à la célèbre *potion noire* des Indes sa propriété émétique. Elle entre dans plusieurs autres préparations employées dans la pratique des médecins de ce pays.

La lobélie enflée jouit de propriétés très-actives; c'est un émétique puissant et efficace; elle est narcotique, expectorante, antispasmodique, diurétique et sialagogue. Elle contient un principe âcre, du caoutchouc et une matière extractive. Ses effets ressemblent beaucoup à ceux du tabac, mais son action est plus prompte et plus diffusible. De même qu'une infinité d'autres plantes médicinales, elle paraît perdre ses propriétés si elle n'est pas cueillie dans le lieu où elle croît spontanément et à l'époque de l'élaboration de la sève. Ses propriétés antispasmodiques et sédatives sont si fugaces, qu'elles se dissipent par les infusions chaudes, et sont aussi altérées par la lumière, tandis que ses propriétés narcotiques persistent. Quand la teinture alcoolique est exposée à la lumière, sa couleur légèrement verte passe au brun foncé. Administrée à hautes doses, cette substance exerce une action sur le cerveau, à peu près semblable à celle des autres narcotiques, et produit un état permanent de prostration des forces. Cependant ces effets n'ont pas lieu quand les propriétés antispasmodiques et sédatives de la plante ne sont pas dissipées. Sept à dix gouttes de la teinture préparée par M. Withlaw, égalent en force un gros et demi de la même préparation faite par d'autres maisons.

La lobélie enflée a été administrée dans l'asthme, et d'après les observations du docteur Elliotson, cette substance paraît jouir de propriétés vraiment spécifiques dans les cas de cette nature. D'autres observations recueillies par M. Stricht, élève de l'hopital de Saint-Barthélemy, à Londres, viennent à l'appui de cette opinion du docteur Elliotson. Il l'a employée dans deux cas d'asthme spasmodique, dont les accès étaient très-violens et très-fréquens, à la dose de 20 et de 30 gouttes de teinture, dans une petite quantité d'eau distillée, à trois reprises par jour, et dans ces deux cas, les effets de ce médicament ont été rapides, et les accès ont disparu complètement au bout de trois jours de ce traitement.

On l'emploie aussi avec avantage dans les cas de bronchite chronique, d'aphonie, de toux nerveuses, de coqueluche, de catarrhes

chroniques et d'autres maladies des bronches et du larynx. On l'a enfin administrée aussi avec succès dans d'autres maladies plus compliquées, telles que les convulsions, le tétanos, la danse de Saint-Guy, etc. (*The Lancet*, février 23, 1833.)

EXTIRPATION D'UN OVAIRE DÉGÉNÉRÉ; *obs. par le doct. Ehrhartstein.* — Agathe Duerr, paysanne vigoureuse, âgée de 31 ans, avait eu quatre couches heureuses. Vers la fin de sa cinquième grossesse, le ventre était tellement volumineux qu'on s'attendait à des jumeaux; cependant la femme n'accoucha que d'une fille, et le volume du ventre ne diminua pas de beaucoup. Cinq jours après, on consulta le chirurgien Ritter, qui trouva l'abdomen considérablement et uniformément tuméfié, et y sentit de la fluctuation. Dans la région iliaque gauche se trouvait un corps dur, dont la nature ne pouvait cependant pas être précisée à cause de la tension du ventre. M. R. présuma l'existence d'une grossesse extra-utérine. Au moyen de la paracentèse il évacua quatorze livres de sérosité; il découvrit alors un corps dur, dans lequel il plongea le troiscart, et évacua encore douze livres de sérosité. On vit alors que la tumeur était constituée par l'ovaire droit dégénéré, et s'étendait depuis l'os iliaque droit jusqu'au-dessus de l'ombilic, présentant une surface dure et bosselée. M. R. résolut d'extirper cette tumeur, ce qui fut fait dix-huit semaines après l'accouchement. On incisa la peau sur le muscle droit, on coupa celui-ci, puis l'on sépara sa partie inférieure du péritoine, et on fit dans cette membrane une incision suffisante pour l'introduction de la main dans la cavité abdominale. On eut de la peine à détacher la tumeur des parties environnantes avec lesquelles elle avait contracté des adhérences. Enfin au bout de quinze minutes on parvint à la retirer, après avoir fait la ligature de trois vaisseaux sanguins. On appliqua immédiatement après une bande à douze chefs; des éponges trempées dans de l'eau froide furent placées sur la plaie, et les extrémités de la malade enveloppées de draps chauds. Au bout d'une heure, lorsque M. R. enleva la bande, la plaie s'était rétrécie d'un tiers, mais l'épiploon s'était échappé par elle; M. R. le réduisit, puis réunit la plaie par la suture, appliqua de nouveau la bande à douze chefs. Le premier jour après l'opération, syncopes répétées, puis le soir frisson violent accompagné d'accès de suffocation. Le lendemain on apprit que, contrairement aux conseils des médecins, la malade avait allaité son enfant jusqu'au jour de l'opération; on lui fit prendre le sein de nouveau, après quoi les accidens diminuèrent; mais la sécrétion du lait cessa de se faire. Une fièvre violente se déclara du troisième au huitième jour; on perdit de plus en plus l'espoir de sauver la malade, l'oppression était forte, la prostration extrême, l'abdomen tendu et douloureux, les extrémités froides, les selles involontaires, l'excrétion de l'urine peu

abondante, la face hippocratique, la soif inextinguible; la malade avait des vomissemens bilieux, une grande anxiété et du délire. Un dégoût insurmontable empêchait l'usage des médicamens à l'intérieur; des lotions avec du vinaigre chaud, répétées de deux en deux heures, provoquèrent des sueurs qui soulagèrent beaucoup la malade. Le huitième jour, de la sérosité abondante mêlée à du sang s'écoula par la plaie, après quoi la malade reprit connaissance; la sortie de beaucoup de gaz fut suivie de la rémission de tous les symptômes. (Fomentations chaudes sur le bas-ventre, lavemens.) L'écoulement séreux continua le neuvième et cessa le vingtième jour. Il y avait une amélioration notable; on enleva les sutures. Le onzième jour, il se fit, par les ouvertures des points de suture, un écoulement laiteux qui dura jusqu'à la neuvième semaine après l'opération, et pendant lequel tous les accidens disparurent. Dans la neuvième semaine, les ouvertures se cicatrisèrent et la malade fut guérie. La tumeur enlevée pesait douze livres, avait pour enveloppe une membrane lardacée, tendineuse, composée de plusieurs couches, et était composée de sphères lardacées plus ou moins grandes, en partie excavées et remplies de sérosité. Les ouvertures des trois vaisseaux liés pendant l'opération avaient la dimension d'une plume à écrire. Du côté dirigé vers l'os iliaque se trouvaient deux poches qui avaient contenu le liquide évacué par la ponction. (*Med. Jahrbuecher des K. K. Oesterr. Staates*. T. 2, 2.e cahier.)

Amputation des testicules et de la verge affectés d'une malaoie cancéreuse; *obs. par le docteur J.-C. Hall*. — M. S....., en montant à cheval, se froissa le testicule gauche; la douleur, d'abord très-vive, se dissipa. Dix-huit mois après, ce testicule devint douloureux et se tuméfia. La maladie résista à tous les moyens employés pour obtenir une résolution; la santé générale en fut altérée, et le malade fut réduit à toute extrémité. Le docteur Hall, appelé auprès de lui vers la fin de 1830, le trouva dans l'état suivant: bouffissure générale, membres œdémateux; les inférieurs étaient le siége d'une vive douleur causée par la distension; prostration des forces; le testicule malade avait percé le scrotum enflammé et presque gangréneux, et offrait au dehors une masse fongueuse, saignant facilement et répandant une horrible puanteur. Le malade et son chirurgien avaient souvent excisé une portion de cette tumeur, mais elle s'était promptement reproduite. On se décida à l'opération uniquement dans le désir de retarder un peu la mort qui paraissait inévitable. Après avoir relevé les forces du patient par quelques *cordiaux*, on emporta le testicule et toute la portion malade du scrotum. En examinant la tumeur, on remarqua qu'elle semblait tirer son origine des enveloppes du testicule plutôt que de la glande elle-même. M. S... était presque complètement épuisé après l'opération; mais enfin ses forces se relevèrent, et la plaie offrit

un bon aspect pendant sept ou huit semaines; alors elle changea de caractère, et prit celui qui est propre aux affections cancéreuses. On fit de vains efforts pour arrêter ses progrès, et on fut obligé de recourir au bistouri une seconde fois; le testicule droit fut enlevé avec une grande partie **du scrotum**. Quelque temps après, la même apparence cancéreuse s'étant manifestée de nouveau, on excisa le reste du scrotum avec une portion de la surface périnéale qui avait été envahie. Ces opérations successives semblèrent pour le moment avoir enlevé toutes les parties altérées; cependant la plaie ne se cicatrisa jamais, et au bout d'un an, à dater de la première opération, la maladie reparut, et s'étendit aux tégumens du périnée et à la partie postérieure et inférieure du pénis, détruisant l'urètre dans l'étendue d'un pouce, et attaquant les parties latérales des corps caverneux. Quoiqu'on n'espérât aucun succès, cependant, à la prière du malade, on se décida à une dernière opération. La verge fut entièrement détachée de l'arcade pubienne; l'urètre fut divisé à très-peu de distance de sa sortie à travers le ligament triangulaire. On termina l'opération en portant l'instrument tranchant partout où l'on aperçut quelque point cancéreux, et en enlevant une grande partie du périnée. La plaie était très-vaste; le topique le plus adoucissant qu'on put trouver fut la crême fraîche. La guérison s'est opérée rapidement, complètement et d'une manière durable. L'observation qui précède fait voir avec quelle persévérance on doit poursuivre certaines affections dont les progrès seraient nécessairement mortels. Si M. S... n'avait, par sa résolution, ranimé le courage de l'opérateur, il eût succombé de la manière la plus cruelle. (*The American journal of the medical sciences*, août 1832).

Obstétrique.

Défaut de contraction de l'utérus après l'accouchement; utérus bilobé; absence d'hémorrhagie; *obs. par M. Glasspoole, médecin de la maison d'accouchement de Brighton.* — L'auteur fut appelé à six heures du matin près de Mme D..., âgée de 20 ans, qui, depuis trois heures, était en travail. La poche des eaux s'était percée dans la nuit précédente, et à quatre heures du matin, en se promenant dans sa chambre, la malade sentit subitement une douleur si vive, qu'elle eut beaucoup de peine à gagner une chaise. La sage-femme termina l'accouchement, et voulant opérer la délivrance, elle ne put en venir à bout, et envoya chercher un accoucheur. Les forces de la malade ne paraissaient pas épuisées; il n'y avait pas eu d'écoulement extraordinaire de sang, et le placenta, qu'on assura M. Glasspoole n'avoir pas été expulsé, fut trouvé entre les cuisses; mais les membranes restaient encore dans le vagin. En appliquant la main sur l'abdomen, M. Glasspoole trouva que l'utérus n'était contracté que dans une pe-

tite portion ; comme il y aurait eu beaucoup de danger à employer la force pour extraire les membranes, il résolut d'introduire la main dans l'utérus, ce qu'il fit sans aucune difficulté et sans causer beaucoup de douleur. Il trouva l'utérus divisé en deux cavités, l'une supérieure très petite, et séparée de l'inférieure par un rétrécissement à peine suffisant pour admettre le doigt. Les membranes étaient retenues par ce rétrécissement. L'accoucheur essaya de le dilater, il réussit à la fin, et les membranes sortirent. Il essaya alors, à l'aide de la main introduite dans l'utérus, et par l'application de l'eau froide à l'extérieur, d'exciter la contraction de la première cavité ; mais tous ses efforts furent inutiles ; cependant, comme il n'y avait la moindre hémorrhagie ni à l'intérieur ni à l'extérieur, il jugea à propos de retirer sa main. Il appliqua un bandage serré autour de l'abdomen, et attendit le résultat. Au bout de quelque temps, la malade s'endormit, et aucun accident fâcheux n'eut lieu. Pendant les premières vingt-quatre heures, la femme ne salit que trois serviettes, et à la fin d'une semaine, les lochies parurent moindres qu'à l'ordinaire.

Le docteur Glasspoole rapporte un second cas du même genre ; c'est celui d'une femme dont la santé était si faible, à la suite d'une longue et grave maladie, que ses parens n'avaient plus d'espoir pour sa vie, même avant l'accouchement. Quand le docteur Glasspoole arriva chez cette malade, l'enfant était déjà né, mais le placenta n'était pas encore expulsé ; il n'y eut point non plus d'hémorrhagie, quoique l'utérus ne se contractât pas. Au bout d'une heure, pendant laquelle tous les moyens pour exciter la contraction de la matrice furent essayés sans succès, il introduisit la main, comme dans le cas précédent, et trouva les choses dans le même état, c'est-à-dire une double cavité, avec cette différence que le placenta adhérait au fond de l'utérus, et était contenu dans la cavité supérieure. Ayant dilaté le rétrécissement et détaché la masse placentaire de ses adhérences, il retira la main graduellement, et l'utérus ne présenta aucun signe de contraction. L'écoulement sanguin qui s'en suivit ne fut pas plus grand, et même parut moins abondant que dans les cas ordinaires. (*The London med. Gazette*, 16 février 1833).

Accouchement pendant le choléra ; *observé par le docteur Lichtenstein.* — Une femme bien portante, âgée de 28 ans, approchant du terme de sa troisième grossesse, perdit un enfant du choléra. Elle en fut vivement affectée, mais se croyait préservée du choléra par l'état de grossesse dans lequel elle se trouvait. Bientôt après, elle fut affectée d'une diarrhée qui, dans la nuit, prit les caractères cholériques, mais n'empêcha pas la malade de vaquer à ses affaires domestiques le lendemain. Des poudres d'un grain de camphre ne produisirent aucun effet, et dans la nuit tous les symptômes du choléra se manifestèrent. (Magistère de bismuth avec thé de mélisse, de 2 en

heures ; eau froide par cuillérée). Le soir amélioration ; transpiration et sommeil. Vers le matin contractions utérines. A chaque douleur la malade avait des selles cholériques abondantes sans s'en apercevoir. Le bas-ventre était insensible à la pression. A midi la malade accoucha d'un garçon à terme et bien portant. La mère et l'enfant se portèrent d'abord bien. Deux heures après l'accouchement, l'enfant prit le sein, qui était moins rempli qu'il n'aurait dû l'être ; au bout de trois heures l'enfant fut pris du choléra et mourut peu après. L'état de la femme empira alors ; les vomissemens et les autres symptômes reparurent ; les crampes étaient violentes et l'affaissement extrême. (Magist. de bismuth ; sur la région épigastrique un sinapisme auquel on ajouta du capsicum ; sachets de son aux mains et aux pieds). Dans l'espace de quelques jours les symptômes morbides se dissipèrent graduellement. Les lochies et la sécrétion du lait n'avaient pas cessé d'être régulières. (*Gemeinsame Zeitschr. für Geburtskunde.* B. 7. H. 3.)

Médecine-légale.

Moyen très-simple de distinguer des taches de sang, dans certaines expertises judiciaires ; *par le doct. Ollivier, d'Angers.* — Le hasard m'a fait arriver récemment à un résultat sur lequel l'attention n'avait pas encore été éveillée. Voici le fait qui y a donné lieu. — Un assassinat fut commis dans les derniers jours de février, sur une femme dont on trouva le cadavre étendu dans la rue ; plusieurs coups d'un instrument tranchant avaient ouvert le crâne dans une grande étendue. Il était évident, d'après diverses circonstances, que le cadavre avait été déposé dans la rue un ou deux jours après l'assassinat. Des soupçons s'élèvent contre la fille Langouat et le nommé Weber, des recherches sont faites à plusieurs reprises dans leur domicile, et ne fournissent que des indices incomplets. Je suis mandé par le ministère public, avec M. le docteur Pillon, pour visiter les deux prévenus, et faire un examen de l'état des lieux, et du mobilier qui se trouve dans la demeure des inculpés. Cet examen devant être fait sans retard, nous y procédâmes le soir même, à huit heures, et conséquemment à la lumière. Cette circonstance, que j'avais jugée défavorable aux recherches que nous devions faire, fut, au contraire, ce qui nous fit découvrir des traces qui jusques-là étaient restées inaperçues. Le mobilier de la chambre se composait d'un lit, de deux commodes en chêne et de forme ancienne, de plusieurs chaises en chêne et en merisier, d'une table de nuit en noyer, etc.

Tous ces objets, de même que la tapisserie qui était d'un fond bleu pâle, et la cheminée qui était peinte en noir, avaient été soigneusement examinés en plein jour sans qu'on eût observé rien de particulier. Notre investigation se dirigea d'abord sur le papier qui tapissait

la muraille, et en approchant la lumière très-près du papier, nous distinguâmes aussitôt un grand nombre de gouttelettes d'un rouge obscur, d'un quart de ligne de diamètre au plus, qui, au jour, avaient l'aspect de points noirs se confondant avec ceux qui faisaient partie des dessins de la tapisserie. De la même manière nous reconnûmes beaucoup de taches semblables sur le devant d'une commode ancienne dont le bois avait une couleur brune foncée. A mesure qu'on approchait davantage la lumière des parties tachées, on faisait ressortir parfaitement la couleur naturelle du bois, et les gouttelettes de sang avaient un reflet rouge-brun qui tranchait très-sensiblement sur la teinte brune du bois vernis. Nous trouvâmes de la sorte des taches sur la table de nuit, sur plusieurs chaises; elles devenaient surtout très-apparentes sur le fond en paille de ces mêmes chaises, et il était aisé de les distinguer des nuances roses et rouges qui existaient çà et là dans cette paille. Enfin, ce fut en examinant de très-près toute la surface des montans de la cheminée qui était peinte en noir, que je découvris une large goutte de sang dont le reflet rouge se détacha aussitôt sur le fond noir du bois, à l'approche de la lumière.

La nécessité de procéder à l'analyse chimique de ces différentes taches, me fit faire une nouvelle exploration des lieux, en plein jour (deux heures après midi), avec M. le docteur Lesueur et M. Barruel, chef des travaux chimiques de la Faculté. Cette seconde visite vint me démontrer la nécessité d'employer la lumière artificielle pour reconnaître toutes les traces que j'avais déjà observées. Ces gouttelettes, si fines, *n'étaient aucunement reconnaissables au jour*, et ce fut en les recherchant avec une lumière, que nous pûmes les retrouver toutes, et les enlever, pour soumettre à l'analyse la matière de ces taches, qui était bien du sang. Cette seconde expérience, que j'ai répétée en plein jour, avec MM. Barruel et Lesueur, ne peut laisser aucun doute sur l'exactitude de ce fait. Ces taches de sang dataient de six jours lors de la première exploration, et de quatorze jours lors de la seconde. Je crois qu'il est inutile d'insister davantage pour prouver toute l'importance du mode d'investigation que le hasard m'a fait découvrir.

Académie royale de Médecine. (Mars).

Séance du 5 mars. — Baignoire nouvelle. — M. Thillaye fait, en son nom et à celui de M. Réveillé Parise, un rapport sur une baignoire proposée par M. Déserin, médecin à Tangy, Yonne. Cette baignoire, disposée de manière à pouvoir y plonger un malade affecté de hernie

et le placer dans la position convenable pour pouvoir pratiquer les opérations nécessaires, sans que ces mouvemens soient douloureux pour le malade, avait déjà été approuvée par l'ancienne Société de médecine. L'auteur l'a reproduit aujourd'hui, avec un perfectionnement nouveau. Outre les entailles pratiquées sur ses bords et destinées au passage de liens disposés de manière à soulever les diverses parties du corps du malade indépendamment les unes des autres, cette baignoire présente deux conduits horisontaux, fixés latéralement à l'intérieur, qui sont criblés de petits trous et qui s'adaptent à une bouilloire extérieure. Cette modification permet d'administrer facilement des bains de vapeurs. Le rapporteur conclut à l'approbation de l'appareil de M. Désorin et au renvoi de son mémoire au Comité de publication. Cette double conclusion est adoptée.

Préparation des pilules mercurielles. — M. Planche donne lecture d'une note sur les inconvéniens de la percussion appliquée aux masses pilulaires dans lesquelles entrent certaines préparations de mercure. Pour établir l'homogénéité dans ces masses, qui se composent de substances hétérogènes renfermant les principes de beaucoup d'affinités souvent occultes, on a recours à une longue percussion qui, lorsqu'elle est employée sans discernement, détermine l'élimination plus ou moins complète du mercure, et rend la préparation inerte ou lui fait subir des modifications qui lui donnent des propriétés autres que celles que le médecin en attendait et qui peuvent quelquefois devenir pernicieuses. L'auteur cite plusieurs exemples tirés des trois genres de compositions dans lesquelles entre le mercure, soit à l'état métallique, soit à différens degrés d'oxydation, et il insiste surtout sur la désoxygénation que subit le protoxyde de ce métal par la chaleur que développe la percussion. Cette note est renvoyée au comité de publication.

Hermaphrodisme. — M. Bouillaud lit un mémoire intitulé : *Exposition raisonnée d'un cas singulier d'hermaphrodisme chez l'homme.* L'individu qui présentait cette anomalie, offraient réunis une matrice, des ovaires, un pénis, une prostate et des glandes de Cowper. Une certaine rondeur de formes et quelques autres caractères rapprochaient cet individu, en apparence mâle, du sexe féminin. L'examen de cette étrange association d'organes conduit M. Bouillaud à une série de considérations physiologiques et médico-légales qu'il serait trop long de rapporter ici.

M. Adelon pense que l'individu, dont M. Bouillaud vient de tracer l'histoire, devait être considéré comme un homme, attendu que, selon lui, le caractère régulateur est la présence de l'organe qui, parmi ceux qui composent l'appareil sexuel, peut être considéré comme le principal agent de la génération.

Séance du 12 mars. — Cette séance est entièrement consacrée au

tirage au sort d'un nouveau juge pour le concours ouvert à la faculté, et qui doit remplacer M. Récamier. Une discussion des plus vives s'élève sur les questions de savoir s'il y avait lieu à remplacer M. Récamier, et si le nouveau membre élu serait titulaire ou suppléant. Elles sont résolues par l'affirmative, et le sort désigne M. Abraham; l'honorable académicien, s'est depuis récusé.

Séance du 19 mars. — La discussion sur le mémoire de M. Bouillaud, relatif à un cas d'hermaphrodisme, est renvoyée à une prochaine séance. Cependant à cette occasion M. Villeneuve demande ce qu'il advient lorsqu'un individu hermaphrodite est déclaré par l'officier de l'état civil être d'un sexe indéterminé. M. Desgenettes répond qu'une requête est adressée au tribunal de première instance, qui nomme d'office un médecin pour faire une visite. M. Roux cite à ce propos l'exemple de deux individus, habitans de Paris, dont l'un, marié comme femme, ne possède en réalité aucun sexe.

KYSTE HYDATIQUE A LA BASE DU CRANE; ATROPHIE DE LA MOITIÉ DE LA LANGUE ET PARALYSIE DE LA MOITIÉ GAUCHE DU PHARYNX ET DU LARYNX.— M. Bouillaud fait un rapport sur un mémoire de M. Montault, intitulé: *Cas remarquable de physiologie-pathologique du système nerveux, observé chez l'homme.*

Un nommé Girard, âgé de 33 ans, ayant travaillé pendant longtemps dans des lieux bas et humides, après avoir fait, en 1828, une chute sur la *partie postérieure* du col, d'un escalier très-élevé dans une cave où il travaillait à son métier de tisserand, commença à ressentir à la partie postérieure et latérale gauche de la tête des douleurs très-vives, qui se propagèrent bientôt au côté correspondant du cou. Ces douleurs causaient de l'insomnie, de la gêne et des tiraillemens des muscles de cette région. Il s'y joignit ensuite une grande difficulté dans l'action de parler, en sorte que, à une certaine époque, il pouvait à peine se faire comprendre. Après plusieurs fluctuations dans l'état du malade, les douleurs devinrent si fortes que, vers le mois de septembre 1831, les mouvemens de la tête sur le cou étaient tout-à-fait impossibles. Il fut admis à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren. Voici quelle était alors sa situation:

Les mouvemens de la tête sur le cou étaient en partie exécutés par la totalité de la colonne cervicale; la langue était diminuée de volume, atrophiée du côté gauche seulement, ce dont Girard disait s'être aperçu depuis les premiers temps de sa maladie; cette atrophie était plus prononcée à la pointe et à la partie moyenne de l'organe qu'à sa base: le côté droit de cet organe, au contraire, paraissait mieux nourri et avoir acquis plus de force. Réduit presqu'à l'épaisseur des deux feuillets muqueux qui emboîtent les muscles, le côté gauche était entraîné à droite par les muscles de ce côté, toutes les fois que la langue était portée hors de la bouche, soit à cause de l'ac-

croissement de force du côté droit, soit parce que celui-ci n'était plus soutenu par le côté gauche. L'articulation des sons était alors claire et distincte.

L'application successive de quatre substances différentes (sucre, sulfate de quinine, acide, hydrochlorate de soude), dissoutes dans une petite quantité d'eau, permit de s'assurer des changemens qui avaient pu survenir dans le sens du goût, et il résulta des expériences qui furent faites, *que les saveurs étaient perçues par le côté gauche de la langue* (côté atrophié). M. Dupuytren fut porté, en conséquence, à conclure, que des trois nerfs qui se distribuent à la langue (hypo-glosse, glosso-pharyngien et lingual), c'était à l'altération de celui de la neuvième paire ou de l'hypo-glosse qu'il fallait rapporter l'atrophie de la langue. De plus, considérant que les fonctions intellectuelles et les mouvemens des membres étaient intacts, M. Dupuytren pensa que la lésion du nerf existait à sa sortie du crâne et non à son origine. Tous les moyens employés produisant peu d'amélioration, le malade sortit, rentra, sortit encore et revint pour la quatrième fois à l'Hôtel-Dieu, le 15 décembre 1831. Il fut alors placé dans le service de M. Gendrin. Il était plus mal que jamais. M. Montault ayant répété les expériences indiquées plus haut, obtint les mêmes résultats que M. Dupuytren. De nombreux moyens furent vainement mis en usage. Ennuyé, disait-il, de ne pas voir arriver sa guérison, le malade sortit encore une fois de l'Hôtel-Dieu, le 24 mars 1832.

Le 28 septembre suivant, Girard revint à l'Hôtel-Dieu, et fut couché dans la salle de M. Rostan. Il éprouvait alors une douleur permanente au niveau de l'articulation de l'atlas et de l'axis, et l'on découvrit derrière l'apophyse mastoïde, une petite tumeur. La déglutition commençait à devenir difficile, à tel point que toutes les fois que le malade buvait, il tombait toujours une petite quantité de liquide dans le larynx, ce qui était annoncé par de la toux et de la douleur. M. Rostan diagnostiqua *une tumeur fongueuse de la dure-mère*. Des hoquets, des vomissemens, une constipation opiniâtre, de la fièvre le soir, de sinistres pressentimens, tels furent les principaux symptômes observés pendant le mois d'octobre. Le 6 novembre, le malade sortit.

Le 20 décembre suivant, il entra à l'hôpital Cochin (service de M. Gendrin). A cette époque, il se tenait presque immobile dans son lit, afin de ne pas augmenter, disait-il, d'une voix presque éteinte, la douleur du cou; la sensibilité générale était affaiblie dans tout le côté gauche du corps. Cependant l'*aphonie* augmenta de plus en plus, ainsi que la difficulté de la déglutition. Ce malheureux était réduit à passer des heures entières pour avaler, *en l'attirant par succion*, une cuillerée de bouillie, la seule nourriture qu'il aimât. Le hoquet devint presque continuel; il se manifesta quelques accès épileptiformes (le cœur ne présenta jamais aucun phénomène digne de remarque). Enfin, le 12

janvier 1833, après avoir avalé quelques cuillerées de bouillie par le mécanisme indiqué, Girard laissa retomber sa tête sur son oreiller : il était mort.

Autopsie cadavérique. — Rien de notable soit dans l'épaisseur, soit à la surface du crâne, des méninges et du cerveau ; seulement la pulpe cérébrale est plus ferme que d'ordinaire, et les ventricules sont dilatés par une sérosité transparente très-abondante. Entre la fosse occipitale gauche, l'hémisphère gauche du cervelet qu'il soulève et le bulbe rachidien qu'il refoule un peu à droite, existe un kyste, du volume d'un gros œuf de poule, qui contenait de la sérosité et une multitude d'hydatides. Il n'adhérait point aux membranes environnantes et paraissait, au premier abord, flotter librement dans la cavité de l'arachnoïde. Après avoir pénétré à une profondeur de quelques lignes dans le canal rachidien, le kyste fournissait une sorte d'appendice, s'enfonçant dans le trou condyloïdien antérieur, et contenait une hydatide qui semblait faire effort pour vaincre la résistance de cet étroit conduit. De la base du kyste se détachait un second prolongement qui s'engageant dans la portion antérieure du trou déchiré postérieur gauche et venait, après avoir traversé cette ouverture et en passant derrière le faisceau de muscles connu sous le nom de *bouquet anatomique de Riolan*, se dilater en forme d'ampoule jusque sous l'extrémité supérieure des muscles complexus et sterno-mastoïdien. (C'était là précisément ce qui donnait lieu à la tumeur qu'on avait notée pendant le séjour du malade dans le service de M. Rostan). Les deux kystes hydatifères, l'un extrà, l'autre intrà-crânien, communiquaient entr'eux par une espèce de collet ou de partie rétrécie correspondant au trou déchiré postérieur.

Le nerf lingual était parfaitement *sain* des deux côtés. Depuis leur origine, jusqu'à leur passage dans le trou déchiré postérieur, les nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal du côté gauche, ne différaient en rien de ceux du côté opposé ; il en était de même pour le nerf hypo-glosse ou de la neuvième paire, jusqu'à son passage dans le trou condyloïdien antérieur. Mais aussitôt après la sortie de ces nerfs, une notable différence existait entre quelques-uns d'entr'eux : ainsi, le nerf hypo-glosse gauche était atrophié (moindre de deux tiers que celui du côté droit), atrophie qui s'étendait jusqu'à ses divisions dans les muscles de la langue, et semblait avoir été produite par la compression qu'avait dû exercer le petit appendice que le kyste interne envoyait dans le trou condyloïdien antérieur. Les nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal gauches, avaient de même été pressés par la portion du kyste qui se prolongeait dans le trou déchiré postérieur : toutefois, de ces nerfs, le glosso-pharyngien seul avait un volume d'un tiers plus petit que celui du côté opposé. — La circonférence du trou déchiré postérieur, la languette qui le divise, les parois si compactes du rocher, dilatées ou comprimées, étaient le siége d'une

sorte d'usure, analogue à celle que les kystes anévrismaux produisent sur les os avec lesquels ils sont en contact.

A gauche, les muscles tant intrinsèques qu'extrinsèques de la langue étaient totalement *amincis*, *atrophiés*, *à fibres rares*, *jaunâtres et molasses*, *ainsi que ceux du pilier correspondant du voile du palais.* L'œsophage et le pharynx ne paraissaient point altérés dans leur structure; le dernier seulement, fortement revenu sur lui-même, était réduit au volume du petit doigt.

Les ventricules du larynx étaient entièrement remplis par une matière *crémeuse et blanchâtre*, qu'il était facile de reconnaître pour la bouillie que le malade avait voulu avaler quelques instans avant sa mort. (Cette matière, dont il existait une certaine quantité dans la trachée et dans les bronches, était la cause évidente de la mort subite du malade.)

La corde vocale gauche était atrophiée.

Les vertèbres n'étaient le siége d'aucune difformité, d'aucune altération, non plus que la moelle épinière et ses enveloppes.

M. Bouillaud pense avec l'auteur de l'observation que la difficulté extrême de la prononciation était due à l'atrophie du nerf glosso-pharyngien, nerf que Ch. Bell a rangé parmi les nerfs respiratoires et concourant aux phénomènes d'expression; que la paralysie et l'atrophie du côté gauche de la langue avec conservation du goût s'expliquent d'une part par l'intégrité d'un nerf lingual, (branche du trijumeau) dans lequel paraît résider la fonction de la gustation, et l'atrophie du nerf hypo-glosse, d'autre part.

Quant à la lésion de la sensibilité générale, M. Montault pense qu'elle peut être attribuée à la compression exercée par le kyste intra-crânien, soit sur la partie supérieure de la moelle, en arrière surtout, soit plutôt sur le mésocéphale.

La compression et par suite la diminution de volume du nerf glosso-pharyngien rend raison de la paralysie des organes de la déglutition. Les hoquets, l'aphonie, la pénétration des alimens dans les voies aériennes et la mort; tout cela, dit M. Montault, reconnait pour cause, ainsi que l'atrophie de la corde vocale et celle du pilier du voile du palais du côté gauche, la compression du nerf pneumo-gastrique dans le trou déchiré postérieur. M. Montault a cité deux nouveaux faits qui lui sont propres, pour démontrer plus rigoureusement encore cette assertion, savoir, que la paralysie de la glotte peut apporter un obstacle très-grand ou même invincible à l'exécution de la déglutition.

M. Bouillaud, après avoir fait ressortir tout l'intérêt que présente cette observation remarquable, conclut à renvoyer ce travail au comité de publication, et d'inscrire le nom de M. Montault sur la liste

des candidats pour les places d'adjoints. Après une discussion insignifiante, dans laquelle seulement MM. Duméril et Velpeau ont dit que le fait rapporté par M. Montault était en opposition avec une observation d'Armann, qui tend à faire regarder le nerf hypoglosse comme le nerf du goût, et avec celles de M. Magistel. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Séance du 26 mars. — **Hermaphrodisme.** — M. Rognetta adresse une lettre dans laquelle il dit qu'il a observé à Naples un cas d'hermaphrodisme analogue à celui que M. Bouillaud a communiqué à l'Académie dans une des dernières séances. L'individu présentait une matrice, des ovaires, deux testicules et une verge, mais très-imparfaite.

Plaies d'armes a feu. — M. Gensoul donne lecture d'un mémoire relatif aux plaies d'armes à feu observées à Lyon lors des événemens du mois de novembre. Sur cinq individus qui ont offert des plaies pénétrantes de la poitrine, quatre sont morts dans les premiers jours. Un seul, ouvrier en soie, qui avait reçu une balle sous le sein droit, laquelle était sortie en arrière au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, a survécu. On pratiqua six saignées du bras et on fit plusieurs applications de sangsues dans les quatre ou cinq premiers jours, et, en outre, on priva le malade presque complètement de boissons, ne lui accordant qu'une potion contenant quatre onces d'eau distillée dans les vingt-quatre heures.

M. Gensoul regarde cette privation de boisson comme très-importante pour s'opposer à une trop grande circulation; il pense qu'elle serait également très-utile dans le traitement des lésions des grosses artères, de l'hémoptysie, etc. La guérison était parfaite le trente-deuxième jour.

Parmi les malades présentant des plaies de l'abdomen, l'un, qui avait un anus contre nature, succomba le 35.e jour.

Le seul cas de fracture du membre supérieur que rapporte l'auteur est celui d'un homme qui avait eu la partie inférieure de l'avant-bras emportée par un coup de fusil à bout portant. L'amputation fut pratiquée; mais on ne put parvenir à lier l'artère inter-osseuse, et on fut obligé de la comprimer avec de la charpie. Après plusieurs hémorrhagies et une atteinte de la pourriture d'hôpital, le malade guérit.

Parmi les cas de fractures des membres inférieurs, le seul qui présente quelque intérêt est celui d'un homme dans la force de l'âge, qui avait été blessé à la partie moyenne de la cuisse. Il alla assez bien pendant quelques jours; mais à la suite d'un écart de régime, il se manifesta une hémorrhagie veineuse qu'on essaya vainement de combattre par la compression exercée au pli de l'aîne, et que le malade ne voulut pas supporter. M. Gensoul, portant le doigt sur la veine, incisa sur l'artère fémorale et la lia; l'hémorrhagie fut arrêtée; mais le malade succomba quelque temps après à la fièvre hectique. L'autopsie

du cadavre fit reconnaître que la veine blessée était la fémorale. L'auteur pense que, toutes les fois que ce vaisseau est ouvert au-dessus du point où naît la saphène, le malade est exposé à mourir d'hémorrhagie, ou de gangrène quand on exerce la compression. Il pense que la suture de la veine déterminant toujours une inflammation mortelle, il faut recourir à la ligature de l'artère crurale ou iliaque externe, parce que cette ligature ralentit la circulation et arrête l'hémorrhagie.

Le nombre total des blessés a été de 254, sur lesquels 54 ont succombé.

Vaccination. — M. Girardin fait un rapport sur l'état des vaccinations en France pendant l'année 1831. Il résulte des renseignemens qui lui ont été fournis que le nombre des vaccinations a diminué progressivement depuis 1827.

Académie royale des Sciences.

Séance du 4 mars. — Extraction de la farine contenue dans le son. — M. le docteur Herpin adresse un mémoire intitulé : *Recherches économiques sur le son ou l'écorce du froment et des autres graines.* L'auteur conclut des expériences auxquelles il s'est livré; 1° que l'enveloppe ou la partie corticale du blé forme à peine on vingtième du poids du grain; 2° que néanmoins par les bons procédés ordinaires de mouture, le blé produit le quart de son poids en sons ou issues; 3.° qu'on laisse aujourd'hui plus de 75 0/0 de substance nutritive dans le son; 4.° qu'au moyen d'un simple lavage, on peut retirer des sons la moitié de leur poids de farine de première qualité, de gruau et d'autres substances nutritives; 5.° enfin que l'on peut ainsi retirer du blé au moins 15 0/0 de pain de plus que ce que l'on en obtient aujourd'hui, c'est-à-dire qu'avec la même quantité de grains que l'on consomme en France, on peut obtenir plus de trois millions de kilogrammes de bon pain par jour.

Fécule soluble. — MM. Payen et Persoz annoncent qu'en examinant la réaction d'une proportion très-petite des produits solubles de la germination sur la fécule, ils ont observé une séparation nette entre la substance intérieure et les tégumens. Ces derniers sont très-facilement éliminés et entrainent avec eux le principe du goût désagréable qui caractérise certaines fécules; par cette ablation on obtient à nu la substance nutritive unie avec une petite portion de sucre. La *dextrine*, ou fécule dont les grains sont dépouillés de leur enveloppe, et le sucre, faciles à séparer, offrent ensemble et isolément une saveur agréable et des propriétés très-intéressantes qui permettront de l'employer dans les arts et dans les préparations pharmaceutiques. L'ab-

sence des tégumens, disent les auteurs, rendant sans doute plus facile l'assimilation de la substance intérieure en même temps qu'elle lui ôte toute saveur désagréable, nous parait devoir lui assurer la préférence, dans beaucoup de cas, sur les fécules alimentaires les plus estimées Comme aliment léger et nutritif, cette substance pourra s'ajouter à une foule de préparations alimentaires et notamment entrer dans la composition du pain et des pâtes féculentes. Le mélange de dextrine et de sucre obtenu directement à bon marché offre un aliment agréable susceptible de s'ajouter, en les rendant plus nutritives et d'une plus facile digestion, à beaucoup de substances.

Conservation des pièces d'anatomie. — M. Gannal offre de communiquer à une commission de l'Académie, un procédé simple et peu dispendieux, de conserver une pièce anatomique ou même un cadavre entier. Ce procédé, assure son auteur, n'altère ni la forme, ni la consistance des chairs, et permettra de disséquer dans toutes les saisons. M. Gannal laisse aux commissaires la faculté de rendre son procédé public, s'ils le jugent convenable.

Séance du 11 *mars*. — On procède à l'élection des membres devant composer la commission qui examinera les mémoires adressés à l'Académie pour le prix de médecine Monthyon. Le résultat du scrutin désigne MM. Serres, Duméril, Magendie, Dupuytren, Flourens, Double, Larrey, Boyer et de Blainville.

Séance du 11 *mars*. — M. Astley Cooper, baronet, est élu membre correspondant de l'Académie, dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Delpech.

Séance du 17 *mars*. — Températures des eaux thermales. — M. Boussingault lit un mémoire sur la température des eaux thermales de la Cordillière des Andes L'explication proposée par Laplace, de la chaleur des eaux minérales, est confirmée par une foule de faits observés sur divers points de la Cordillière. M. Boussingault a cru remarquer que dans la chaîne du littoral de Vénézuéla, la température de ces eaux est d'autant moindre que leur hauteur absolue est plus grande. Par exemple, l'eau chaude de Las Trincheras, près de Porto-Caballo, qui est presque au niveau de la mer, offre une température de 97.° centigrades; celle de la source de Mariara, élevée de 476 mètres, n'est que de 64.°, et enfin celle de la source de Onoto située à 702 mètres d'élévation, n'est que de 44.° 5'. Cependant dans le terrain trachytique, surtout dans le voisinage des volcans, on n'observe plus cette régularité dans le décroissement de la température des eaux thermales. Il paraît que, dans cette circonstance, la cause locale qui produit les phénomènes volcaniques a une influence marquée sur la température de ces eaux. Il devient alors très-intéressant de rechercher si les sources thermales ont leur origine près des foyers volcaniques. Pour arriver à la solution de cette question, il faut

soumettre à l'analyse chimique les eaux minérales voisines des volcans, et rechercher particulièrement si les gaz qu'elles contiennent sont les mêmes que ceux qu'on trouve dans les cratères. S'il en était ainsi, ce serait une forte raison pour supposer que les eaux thermales ont été en contact avec les matières qui existent dans les foyers volcaniques, et la détermination des substances salines dissoutes dans les eaux minérales acquerrait un nouveau degré d'intérêt, puisque ces sels doivent être considérés comme des produits solubles existant ou se formant dans l'intérieur des volcans.

D'après ces considérations, l'auteur a entrepris l'analyse des eaux thermales qu'il a rencontrées dans ses voyages. Il résulte de ses recherches, que les gaz qui existent dans les eaux thermales voisines des volcans, sont de même nature que ceux qui se rencontrent dans les cratères de ces volcans, savoir : de l'acide carbonique et du gaz acide hydrosulfurique. D'où M. Boussingault conclut, qu'il est probable que les eaux chaudes du terrain trachytique de l'équateur doivent leur température aux feux souterrains, et qu'il est tout naturel de penser que les sels dissous ou entraînés par ces eaux proviennent de l'intérieur des volcans.

Le mémoire de M. Boussingault est terminé par des recherches sur la question de savoir, si la température des eaux thermales des Cordillières est sujette à varier. Les résultats de ses observations donnent une solution affirmative. En 1800, M. de Humboldt trouva la température de la source de Mariara de 59°, 3 ; en 1823 elle était, d'après les observations de MM. Boussingault et Rivero, de 64°. Cette différence de 5° 3 ne peut être attribuée à une erreur d'instrument; car les observations thermométriques, que ces deux voyageurs ont faites à Guayra et à Caracas, s'accordent parfaitement avec celles de M. de Humboldt. D'un autre côté, les recherches qu'ils ont faites sur la température des eaux de Las Trincheras, viennent encore à l'appui de cette opinion. Les eaux de cette source sortent de deux petits bassins placés l'un à côté de l'autre, et creusés dans le granit. Le plus grand a une capacité d'environ deux pieds cubes. M. de Humboldt donne 90°, 2 pour la température des eaux de Las Trincheras. Vingt-trois ans plus tard, MM. Boussingault et Rivero ont constaté que la température de l'un des bassins était de 92°, 2, et celle de l'autre de 97°. Ces observations, comme celles de M. de Humboldt, ont été faites au mois de février. Ainsi, dans l'espace de 23 ans, il semble que la température des sources de Mariara et de Las Trincheras s'est élevée de plusieurs degrés. Le rapporteur fait remarquer que, pendant l'intervalle qui sépare les observations de M. de Humboldt de celles de M. Boussingault, tout le littoral de Vénézuéla a été ébranlé par le grand tremblement de terre du 26 mars 1812, qui détruisit la ville de Caracas, et plusieurs de celles qui sont situées dans la Cordillière orientale.

Position du fœtus dans l'utérus. — M. Dutrochet lit en son nom et à celui de M. Flourens, un rapport sur un mémoire adressé par M. Virey, et intitulé : *Sur une loi de l'économie animale, relative à la position des embryons et des fœtus dans l'utérus, dans les oviductes et dans les ovaires des femelles.* Le rapporteur pense qu'en faisant dépendre la direction des fœtus dans l'utérus et dans les oviductes des femelles, de la direction antécédente et primordiale des embryons dans l'ovaire, dès leur origine, M. Virey a émis une idée ingénieuse, mais purement hypothétique; car il n'a pas assez cherché dans l'observation de la nature des preuves à l'appui de son assertion.

VARIÉTÉS.

Notices historiques sur Scarpa *et* Paletta; *par le docteur* Ollivier, *d'Angers.*

Dans l'année qui vient de s'écouler, la France n'est pas la seule nation qui ait eu à déplorer la perte de savans célèbres. L'Italie aussi en a vu succomber plusieurs, et deux entre autres, Scarpa et Paletta, dont les noms vivront dans la science; l'un, que ses travaux impérissables ont placé au premier rang des anatomistes et des illustrations de la chirurgie moderne; l'autre, doué d'un génie moins supérieur, mais également riche de connaissances positives, occupe une place distinguée parmi les hommes qui ont contribué aux progrès de l'anatomie, de la médecine et de la chirurgie. Je vais tracer ici une esquisse rapide de la vie de chacun d'eux, sur laquelle MM. Chiappa (1), Maunoir de Genève (2), et Ferrario (3), ont déjà publié des notices détaillées.

SCARPA.

Antoine Scarpa, né en 1748, au village de La Motte, dans le Frioul, fit ses études à l'université de Padoue, où le célèbre Morgagni fut son premier maître. Doué d'une aptitude remarquable pour l'anatomie, Scarpa acquit rapidement des connaissances précises et étendues dans la science de l'organisation, et à 22 ans il occupait la chaire d'anatomie de l'université de Modène : c'est là qu'il composa son premier ouvrage,

(1) Voy. *Annali universali di Med.*, N.° de décembre 1832, p. 421.

(2) *Bibliothèque universelle des sciences, belles-lettres et arts*, rédigée à Genève. Novembre 1832.

(3) *Annali univ. di Med.* N.° de novembre 1832, p. 417.

résultat de ses recherches sur la structure de l'oreille interne. Les instans de loisir qu'il dérobait à l'enseignement public, et au service de l'hôpital militaire dont le Grand-Duc l'avait nommé chirurgien en chef, il les consacrait aux travaux anatomiques; en 1779 il fit paraître ses observations sur la structure des ganglions et des plexus nerveux. Peu de temps après, il entreprit un voyage en France et à Londres, qui fut l'origine de ses relations avec Vicq-d'Azyr, Pott et J. Hunter. C'est à la rencontre qu'il fit de Brambilla, à Paris, qu'il dut les offres honorables que lui fit l'empereur Joseph II, pour la chaire d'anatomie de l'université de Pavie. Scarpa n'écoutant que les sentimens de reconnaissance qu'il croyait devoir au Duc de Modène, n'accepta qu'après y avoir été invité par le Duc lui-même. Son installation eut lieu en 1783, et il prononça à cette occasion un discours remarquable sur les moyens de perfectionner l'étude de l'anatomie. De cette époque jusqu'à la fin du XVIII.e siècle, datent toutes les autres recherches de Scarpa sur la physiologie et l'anatomie des organes de l'ouïe et de l'odorat, sur les nerfs du cœur, sur la structure du tissu osseux, etc.

Par ces travaux importans, Scarpa s'était inscrit au nombre des premiers anatomistes du XVIII.e siècle; dès le commencement du XIX.e, ses écrits et ses observations pratiques le désignaient déjà parmi les chirurgiens renommés de notre époque. Ainsi, il devenait lui même un exemple de cette vérité qu'il avait signalée dans son éloge de Careano Leone, quand il disait: « L'histoire de la chirurgie nous fournit une utile leçon, en montrant que les chirurgiens dont le nom est devenu célèbre, ont toujours eu auparavant la réputation d'excellens anatomistes. » Il signala son entrée dans cette nouvelle carrière, par la publication de son Traité des maladies des yeux, ouvrage remarquable qui fut traduit dans toutes les langues de l'Europe, et qui devint classique à la fois en Italie, en France et en Angleterre. Peu de temps après parut son mémoire sur les pieds-bots, qu'on peut considérer à juste titre comme un modèle de l'application des moyens mécaniques, dans le traitement de cette difformité. La société de médecine de Paris avait mis au concours, pour l'année 1798, la solution des questions les plus importantes de l'histoire anatomique et chirurgicale de l'Anévrysme. Scarpa, déjà riche d'observations nombreuses sur ce sujet, entreprit d'y répondre; mais le temps ne lui ayant pas permis de terminer assez promptement son travail, il ne l'acheva et le fit paraître que plusieurs années après : quoi qu'il en soit, la société de médecine de Paris doit se glorifier de l'avoir provoqué. Cet ouvrage, et celui qu'il publia plus tard sur les hernies, sont les plus beaux titres de gloire de Scarpa. C'est là que cet auteur célèbre a montré toute la supériorité de son talent comme observateur et comme praticien. Les préceptes qu'il a établis resteront dans la science; chaque jour, l'expérience en justifie l'exactitude.

En 1812, Scarpa cessa de se livrer à l'enseignement; il fut alors nommé professeur émérite d'anatomie, de clinique et d'opérations chirurgicales, et en 1814, directeur de la Faculté de médecine de Pavie. Le plan d'études qu'on avait arrêté pour cette école, ne répondait pas aux besoins de la science; il n'était pas à la hauteur de nos connaissances actuelles et l'exécution en était impossible sous plusieurs rapports. Scarpa soumit au gouvernement des réflexions pleines de sagesse et d'énergie, pour qu'on apportât des modifications nécessaires à ce réglement universitaire. Ses observations répétées restant sans réponse, il donna sa démission : elle fut acceptée, mais l'autorité ne nomma personne à sa place. Dès-lors Scarpa, quoique retiré de la pratique, ne cessa de s'occuper d'une science à laquelle il avait fait faire tant de progrès. C'est depuis cette époque qu'il a composé ses Mémoires sur la taille latérale avec le gorgeret d'Hawkins qu'il avait modifié, sur la taille hypogastrique, sur la taille recto-vésicale contre laquelle il s'est élevé avec force, et qui fut l'objet de sa controverse savante avec Vacca Berlinghieri, sur le squirrhe et le cancer, sur l'hydrocèle du cordon spermatique, sur l'ascite qui complique la grossesse, et sur la manière de pratiquer alors la paracentèse. Auteur de la ligature temporaire des artères, au moyen d'un cylindre de toile qui aplatissait le vaisseau, il l'a toujours appliquée d'après la méthode oubliée d'Anel, renouvellée et perfectionnée par Hunter : ce mode opératoire a été l'objet de plusieurs mémoires, et le sujet d'expériences nombreuses sur les animaux vivans. Il a fait connaître, sous le nom d'anévrysme par anastomose, une dilatation anévrysmatique des artères des os, qui est toujours accompagnée de la destruction du tissu osseux. Enfin, la cataracte, la pupille artificielle, la hernie du périnée, les névralgies cubito-digitales, les nerfs ganglionnaires et rachidiens, etc., etc., forment la matière d'autant de mémoires intéressans qu'il publia dans les dernières années de sa vie. J'ai traduit dans les *Archives générales de médecine* la plupart des mémoires que je viens de citer.

Quand on compare le nombre et l'importance des résultats pratiques que l'on doit aux travaux de Scarpa, à l'étendue si limitée du théâtre de ses observations, on est étonné qu'il ait pu faire tant et de si grandes choses avec si peu de ressources. Pourquoi ne lui a-t-il pas été donné d'explorer un de ces champs plus vastes où les faits surgissent en nombre infini, et qui pourtant demeurent depuis si long-temps complètement stériles pour la science ? Ainsi placé, Scarpa qui avait conservé jusqu'à la fin toute l'énergie et l'activité de la jeunesse, et que dominait surtout l'amour de son art, en eut bien davantage encore agrandi le domaine. Tout ce qu'il a produit justifie une semblable prévision. Si Desault, par sa méthode d'enseignement, a créé chez nous l'anatomie chirurgicale, Scarpa en a démontré l'importance par de nombreuses applications. A l'exemple de Morgagni, son illustre

maître, qui a tant éclairé la science des maladies par l'anatomie pathologique, il porta le même flambeau dans l'étude de la chirurgie. Qui ne connaît ses recherches sur le mécanisme de la formation des hernies, sur les rapports du sac avec les vaisseaux qui l'avoisinent; ses préceptes sur le débridement de l'anneau; ses observations sur le développement de *l'infundibulum* et de l'éperon intestinal, qui forment la base des travaux entrepris pour la cure des anus contre-nature; ses remarques sur la nature et la formation des anévrysmes, etc.

Scarpa joignait à son habileté, comme anatomiste, un talent remarquable comme dessinateur; aussi les planches magnifiques qui accompagnent tous ses ouvrages, font en quelque sorte assister à ses démonstrations. Albinus, créateur de l'iconographie anatomique, avait eu le rare bonheur de rencontrer dans le fameux Wandelaer, un graveur qui copia ses dessins d'une manière supérieure. Scarpa fut secondé dans ses travaux avec non moins de succès et de talent, par le burin d'Anderloni, dont le nom reste désormais associé avec honneur à toutes les publications du célèbre chirurgien de Pavie.

Scarpa avait une voix sonore et animée; il présentait ses idées avec un ordre et une méthode remarquables; son discours était à la fois rempli de clarté et d'élégance; son éloquence entraînante captivait toute l'attention de ses nombreux auditeurs. Enfin, pour joindre les exemples aux préceptes, il avait enrichi d'un grand nombre de préparations le musée anatomique de Pavie.

Scarpa était d'une taille avantageuse, ses manières avaient une certaine austérité, tempérée par une amabilité et une douceur pleines de charmes. Passionné pour les beaux-arts, et surtout pour la peinture, il avait rassemblé à grands frais, une magnifique collection de tableaux originaux de toutes les écoles d'Italie: il a même écrit plusieurs lettres sur ce sujet, et sur divers objets d'antiquités. Il s'occupa beaucoup aussi d'agriculture; il a inventé et mis en pratique des méthodes nouvelles de culture, qui, depuis, ont été adoptées, et appliquées avec succès.

Scarpa est mort le 30 octobre 1832, âgé de 84 ans, après plusieurs années de souffrances dues à une inflammation chronique de la vessie et à une néphrite calculeuse (1). Napoléon, qui savait honorer le vrai mérite, avait nommé Scarpa successivement chevalier de la Couronne de fer, et membre de la Légion-d'honneur. L'Institut de France le comptait au nombre de ses associés étrangers, et il était membre de la plupart des Sociétés savantes de l'Europe. Voici la liste des ouvrages qu'il a publiés:

(1) Le docteur C. Beolchini a publié l'histoire de la maladie et les détails de l'autopsie de Scarpa, dans les *Annali univ. di Med.*, N.° de janvier 1833, p. 211.

De structura fenestræ auris et de tympano secundario anatomicæ observationes. Modène, 1772, in-8.°

Anatomicarum annotationum liber primus, de gangliis et plexibus nervorum. Modène, 1779, in-4.°

De promovendis anatomicarum administrationum rationibus, Oratio ad Tyrones. Pavie, 1783, in-4.

Theatri anatomici Ticinensis dedicatione oratio habita pridiè Kalend. Novemb. an. 1785, in-4.°

Anatomicarum annotationum liber secundus de organo olfactus præcipuò, deque nervis nasalibus è pari quinto nervorum cerebri. Pavie, 1785, in-4.°

De nervo spinali ad octavum cerebri accessorio Commentarius. Vienne, 1788, inséré dans les actes de l'Académie médico-chirurgicale de Vienne, tom. I.

Anatomicæ disquisitiones de auditu et olfactu. Pavie, 1790, gr. in-fol.

Tabulæ nevrologicæ ad illustrandam historiam cardiacorum nervorum, noni nervorum cerebri, glossopharyngei et pharyngei ex octavo cerebri. Pavie, 1794, gr. in-fol.

De penitiori ossium structurá Commentarius. Leipsick, 1799, in-4.° réimprimé en France par Léveillé avec le Mémoire sur les pieds-bots, sous ce titre : *Mémoires de physiologie et de chirurgie pratique.* Paris, 1804, in-8.° fig. Scarpa a donné une nouvelle édition de son travail sous ce titre :

De anatomiá et pathologiá ossium commentarii. Pavie, 1827, in-8.°

Les Mémoires de la Société italienne qui résidait alors à Vérone contiennent (tom. II, part. 11), des recherches de Scarpa sur un cas d'hermaphrodisme de quadrupède, sous ce titre : *Sopra un toro-vacca.*

Saggio di osservazioni e di esperienze sulle principali malattie degli occhi. Pavie, 1801, in-4°. Cet ouvrage a eu successivement cinq éditions, dont la dernière parut sous le titre suivant : *Trattato delle principali malattie degli occhi.* Pavie, 1816, in-8.° 2 vol. fig.

Trad. française par Léveillé. Paris, 1802, 2 vol. in-8.°; *ibid.* 1811, 2 vol. in-8.°; *ibid.* par MM. Bellanger et Bousquet, Paris, 1821, 2 vol. in-8.° fig.; *ibid.* par MM. Bégin et Fournier-Pescay, Paris, 1821, 2 vol. in-8.° fig.

Sull' Aneurisma; riflessioni ed osservazioni anatomico-chirurgiche. Pavie, 1804, gr. in-fol. fig.

Trad. franç. par Delpech. Paris, 1809, avec atlas, petit in-fol.

Sull' Ernie; memorie anatomico-chirurgiche. Milan, 1809-1810, grand in-fol. fig.

Trad. franç. par M. Cayol. Paris, 1812, in-8.° avec atlas in-fol. — Scarpa a publié une seconde édition (Pavie, 1819, gr. in-fol. fig.) qui contient de nombreuses additions : le mémoire sur la hernie fémorale

est entièrement neuf. J'ai traduit ces additions sous le titre de : *Supplément au traité pratique des hernies*, etc. Paris, 1823, in-8.° avec atlas in-fol.

Elogio storico di Giambattista Carcano Leone. Milan, 1813, in-4.°

Note sur la taille transversale ou bilatérale. Insérée dans les *Archives gén. de méd.*, tom. X, pag. 269.

Scarpa a publié successivement un grand nombre de mémoires ; ne connaissant pas l'époque précise de la publication de chacun d'eux, je ne les indiquerai pas à part. Voici la collection dans laquelle ils ont tous été réunis :

Opuscoli di chirurgia. Pavie, 1825 à 1832, 3 vol. in-4.° fig.

Le tome I.er contient : Mém. sur le squirrhe et le cancer. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. X, pag. 877.

Mém. sur le gorgeret tranchant d'Hawkins. — Sur la lithotomie. — Sur la taille hypogastrique. — Sur la taille recto-vésicale. (J'ai publié tous ces mémoires réunis sous le titre suivant :

Traité de l'opération de la taille, , etc. Paris, 1826, in-8.° fig.

Mém. sur l'hydrocèle du cordon spermatique. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. IV, pag. 131.

Mém. sur un nouveau procédé de paracentèse dans l'ascite compliquant la grossesse. Trad. dans les *Mélanges de la méd. étrangère*, tom. I ; et par extrait dans les *Archives gén. de méd.*, tom. VI, pag. 178.

Le tome II renferme : Mém. sur la hernie du périnée. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. I, pag. 50 ; et inséré dans le *Supplément au traité pratique des hernies.*

Mém. sur la ligature des principales artères des membres. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. II, pag. 82 et 245.

Appendice au traité de l'anévrysme. J'ai traduit et publié à part cet appendice sous ce titre : *Additions au traité de l'anévrysme.* Paris, 1822, in-8.° pp. iij-40.

Lettre au prof. Maunoir sur la cataracte et la pupille artificielle.

Obs. sur quelques cas rares de chirurgie. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. XII, pag. 112.

Obs. sur un anévrysme de l'artère de l'aorte avec érosion de la première côte et du sternum.

Le tome III contient : Obs. et réflexions sur la névralgie cubito-digitale. *De gangliis nervorum, deque origine et essentiâ nervi intercostalis. De gangliis, deque utriusque ordinis nervorum per universum corpus distributione.* Un extrait de ces deux lettres est inséré dans les *Archives gén. de méd.*, tom. XXIX, pag. 259.

Examen comparatif du système artériel des deux membres après la ligature de la poplitée d'un côté. Trad. dans les *Archives gén. de méd.* tom. XVIII, pag. 66.

Mém. sur l'insuffisance apparente de la ligature temporaire dans l'ané-

vrysme. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. XXII, pag. 516.
Mém. sur l'anévrysme par anastomose. Trad. dans les *Archives gén. de méd.*, tom. XXIII, pag. 535; et tom. XXIV, pag. 101.
Cure d'une déviation de l'articulation du genou.

PALETTA.

Jean-Baptiste-Paletta naquit en 1747, à Montecrestese, village de la vallée d'Ossola, dans les États Sardes. Il fit ses premières études à Briga, et vint ensuite à Milan suivre les cours d'anatomie, de médecine et de chirurgie, de Patrini, de Gallardi et de Moscati; ses succès rapides et son zèle soutenu lui valurent bientôt la place d'élève pensionné du grand hôpital de Milan. Il possédait déjà des connaissances chirurgicales approfondies, quand il se rendit à Padoue pour assister aux leçons du célèbre Morgagni, et prendre dans cette université le grade de docteur en médecine. Dès cette époque, la réputation de Paletta était commencée, et Marie-Thérèse voulut alors le nommer à la chaire d'anatomie de l'université qu'elle se proposait de fonder à Mantoue; mais l'amour de son pays lui fit refuser cette place honorable, et il revint à Milan, en 1774 : il était âgé de 26 ans. Il se livra dès lors avec une nouvelle ardeur à l'anatomie pathologique et à la chirurgie, et en 1778, il alla se faire recevoir docteur en chirurgie à l'université de Pavie. De retour à Milan, Paletta y occupa successivement la place de chirurgien-adjoint, de chirurgien ordinaire, de démonstrateur d'anatomie, et de professeur de clinique chirurgicale; enfin en 1787, il fut nommé chirurgien en chef du grand hôpital de Milan, où les leçons, comme la renommée du professeur, donnèrent à l'Université l'éclat dont elle a brillé si long-temps.

Les écrits de Paletta sont aussi remarquables par l'érudition que par le talent d'observation de leur auteur. Dans tous ces travaux, il se montre à la fois anatomiste profond et praticien habile; aussi le mérite de ses ouvrages, justement apprécié par les savans de tous les pays, a donné au nom de Paletta une autorité imposante dans la science. L'Académie médico-chirurgicale de Vienne, l'Institut national des sciences et arts de Milan, la Société de médecine de Bologne, de Lucques, de Venise, de Modène, de Naples, etc., comptaient Paletta au nombre de leurs membres les plus distingués; il était chevalier de la couronne de fer, et membre de la légion d'honneur. Paletta est mort le 27 août 1832, âgé de 85 ans : il avait publié les ouvrages suivans :

Nova gubernacula testis Hunteriani, et tunicæ vaginalis anatomica descriptio. Milan, 1777, in-4.°
De nervis crotaphitico et buccinatorio. Milan, 1784, in-4.° fig.
Adversaria chirurgica prima : Nempè, 1.° de claudicatione congenitâ,

2.° *Saggio di sperienze sul sangue umano caldo*; 3.° *Osservazioni anatomico-patologiche sulla cifosi paralytica*. Milan, 1785, in-4.° fig.

Splenitis phlegmaenodes, *ossia vera infiammazione della milza*. Inséré dans le *Scelta d'opusculi di Milano*. Milan, 1784, tom. III, pag. 331.

Trismus a mercurio; *ossia impossibilità di abbassamento della mascella inferiore sopraggiunta alle frizioni mercuriali*. Ibidem, 1787, tom. II, pag. 404.

De structurâ uteri. Leyde, 1788, in-8.° Publié par Sandifort.

Osservazioni di chirurgia pratica, *intorno al seguenti punti* : 1.° *della litotomia celsiana*; 2.° *dell' ernia vaginale*; 3.° *dell' idrocele delle donne*; 4.° *della cura del polipo uterino*. Insérées dans les *Memorie dell' Istituto Italiano*. Tom. I, part. I, pag. 86 et suiv.

Del parto del braccio. Ibidem, tom. II, pag. 361, 9 avril 1808.

Della vescichetta ombellicale, *e suoi usi nel feto*. Ibidem.

Exercitationes pathologicæ. Milan, 1820, in-4.° 2 vol.

Di alcune singolari fratture delle ossa. Milan, 1824, in-4.° fig.

On trouve dans les *Annali universali di medicina compilati dal dott. Annibal Omodei*, les mémoires suivans :

Dello spasmo facciale. Vol. 24, fascicule 70, pp. 51.

Storia di una matrice amputata. Ibidem, p. 43.

Sul morso della vipera. Vol. 25, fasc. 74, p. 187, an. 1823.

Osservazioni intorno ad un glossocele, o procidenza di lingua. Ibid. pag. 194.

Storia di una sifisiontomia. Ibid. p. 218.

Sullo sclerom a ed induramento del tessuto cellulare nei neonati. Vol. 28, fasc. 82, p. 5. Ce mémoire est traduit en français dans les *Archives gén. de méd.*, tom. V et IX.

Sullo stesso argomento. *Memoria II*. Vol. 35, fasc. 103-104, p. 17.

Rapporto all' I. R. Istituto di Milano sulla china bicolorata. Vol. 33, fasc. 99, p. 297, an. 1827.

Sulle varici. Vol. 46, fasc. 136, p. 74, an. 1828.

Paletta a traduit en italien l'ouvrage de Rosen sur les maladies des enfans, et celui de Brüninghausen sur le traitement de la fracture du col du fémur.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine, ou Répertoire général des Sciences médicales, considérées sous le rapport théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. 2.e *édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tome* II.me AIG-ANEN. *Paris*, 1833. *Chez Béchet jeune.*

Un laps de temps assez considérable s'est écoulé depuis la publication du premier volume de cet ouvrage, et nous blâmerions les auteurs d'un aussi long retard, si nous ne savions que des circonstances tout-à-fait indépendantes de leur volonté en sont la cause, et au nombre de ces circonstances figure en première ligne l'épidémie qui a ravagé la capitale. Les auteurs, en effet, la plupart praticiens très-répandus, ont été obligés de donner aux malades, dont le nombre était si considérable, le temps qu'ils devaient consacrer à la composition des articles dont ils étaient chargés.

Le second volume du Dictionnaire de médecine, considéré dans son ensemble, n'est pas inférieur au premier; les auteurs ont continué à refondre et à compléter les divers articles qui le composent, et le soin qu'ils ont mis à ce travail fait que cette seconde édition doit être plutôt considérée comme un ouvrage nouveau que comme une réimpression.

L'article *aimant* dû à M. Trousseau contient, dans un espace de quelques pages, tout ce que l'on sait de positif sur ce corps singulier. L'auteur fait d'abord connaître les propriétés physiques des aimans; il examine ensuite leurs effets physiologiques et thérapeutiques, la manière de les appliquer et les cas où leur emploi est indiqué. Il pense que c'est surtout dans les névroses, telles que l'angine de poitrine, les dyspnées nerveuses, etc., dans les névralgies et dans certains cas de rhumatismes qu'on peut espérer de retirer quelques avantages de l'application de ce moyen qu'il regarde d'ailleurs comme très-infidèle et qu'on ne doit mettre en usage que lorsqu'on a vu échouer tous ceux qui réussissent ordinairement. Il rapporte plusieurs observations de maladies nerveuses dans lesquelles il a vu l'application de plaques

aimantées produire un soulagement très-marqué, mais de peu de durée.

L'aine, considérée sous le rapport anatomique et pathologique, a été traitée par M. Bérard. L'auteur fait justement remarquer que l'aine ne peut être bornée à la ligne fictive mesurée par le ligament de Fallope. Il y comprend et décrit les régions abdominale et crurale voisines. Le lecteur trouvera plus de précision que dans tout autre ouvrage d'anatomie sur les dispositions de l'anneau crural, et sur le trajet suivi par viscères dans les hernies fémorales. Les tumeurs de l'aine, les causes d'erreur dans leur diagnostic y sont présentées avec netteté et une érudition de bon goût.

Nous avons à peu-près les mêmes éloges à donner à l'article *aisselle* (anatomie). C'est M. Velpeau qui a composé l'article *aisselle* (pathologie). Les tumeurs formées par les anévrysmes, les déplacemens de la tête de l'humérus, etc., ont dû être renvoyés à d'autres articles; mais on trouvera des détails vraiment pratiques d'anatomie pathologique et chirurgicale dans la description des inflammations profondes et des abcès de cette région. L'importance des feuillets aponévrotiques sur les directions diverses que prend le pus, dans les abcès inter-musculaires, y est bien appréciée et a conduit M. Velpeau à des préceptes sages sur l'époque de l'ouverture de ces abcès. Je regrette que l'espace ne me permette pas de signaler les détails relatifs aux tumeurs de l'aisselle que le lecteur trouvera dans cet article.

L'article *air atmosphérique* a subi d'importantes modifications. Après une exposition rapide et claire des propriétés physiques et chimiques de l'air due à M. Orfila, M. Ollivier, d'Angers, a traité de l'air atmosphérique, sous le rapport de ses effets sur l'organisme. Une partie toute nouvelle se fait remarquer dans son travail, c'est celle qui a rapport à l'introduction accidentelle de l'air dans les vaisseaux sanguins et surtout dans les veines. Ce sujet, d'un haut intérêt dans la pratique chirurgicale, a reçu tous les développemens que l'état actuel de nos connaissances permettait de lui donner. En traitant de l'action de l'air sur les membranes séreuses splanchiques et sur les membranes synoviales, M. Ollivier a démontré, d'après les expériences de plusieurs physiologistes modernes, tels que Nysten, Physick, de Philadelphie, Knox Finley, Astley Cooper et surtout John Davy, que l'on avait beaucoup exagéré les inconvéniens de l'introduction de l'air dans ces cavités; en effet, ces expérimentateurs ont reconnu que l'air injecté dans l'intérieur des membranes séreuses, la plèvre, par exemple, est tantôt absorbé en totalité, tantôt ne l'est qu'en partie après avoir séjourné quelquefois plusieurs jours dans la cavité de cette membrane, et que, dans aucun cas, on n'observe pas ensuite la moindre trace d'inflammation. Il en est de même pour les membranes synoviales. Il résulte de ces observations que les accidens qui surviennent assez fréquemment dans les plaies pénétrantes des articulations, doivent être

attribués non à l'introduction et au contact de l'air, mais à des circonstances particulières qui accompagnent ces lésions. On devra donc modifier les opinions encore admises aujourd'hui par la majorité des praticiens, et ne pas craindre de pratiquer de larges ouvertures pour l'évacuation du pus accumulé dans les cavités séreuses et synoviales, lorsque d'ailleurs on en aura reconnu la nécessité.

Albinos a été traité par M. Breschet. Cet article contient de très-bonnes choses, mais nous y aurions désiré plus de concision et surtout plus de précision dans l'exposition des faits. Il nous semble encore que l'examen des individus qui présentent cette anomalie organique chez les animaux pouvait fournir des donnécs précieuses pour l'étude de l'albinie chez l'homme.

Un nouveau collaborateur a été chargé de l'article *aliénés*. M. Calmeil a traité ce sujet important d'une manière extrêmement remarquable. Il présente d'abord des considérations médico-légales sur les aliénés; il examine la législation actuelle relativement à la séquestration, et combat victorieusement les attaques qui ont été dirigées contre elle dans ces derniers temps, sous prétexte qu'elle était attentatoire à la liberté individuelle. Il fait voir que, quoique le Code n'autorise nulle part formellement l'isolement des fous non interdits, il donne cependant à l'autorité administrative le droit de les faire enfermer, même avant que l'interdiction soit prononcée, puisque les articles 475 et 479 rendent passibles d'une punition ceux qui ont laissé divaguer des fous ou des furieux. Relativement à la liberté individuelle, il pense que dans l'état actuel des choses, il est presque impossible qu'un attentat véritable soit commis au moment où l'on procède à la séquestration d'un aliéné, en raison des mesures très-sages que l'autorité a prises pour être convenablement éclairée sur l'état véritable de l'individu qu'on isole de la société.

La question de l'interdiction des aliénés et celle de l'aliénation en matière criminelle, ont fourni à M. Calmeil des considérations d'un grand intérêt, et qui ne laissent rien à désirer sur ce qu'il est nécessaire au médecin de savoir sur ces points importans.

La seconde partie du travail de M. Calmeil considère les aliénés sous le rapport de l'hygiène publique. L'auteur examine successivement ce qu'étaient jadis les établissemens où l'on recueillait les fous, les améliorations qu'on leur a fait subir à dater de la fin du XVIIIe siècle, ce qu'ils sont aujourd'hui en France et dans les différentes parties de l'Europe, et en Amérique, et enfin ce qui reste encore à faire pour les rendre aussi parfaits que possible, et sous le rapport de la construction, et sous celui de l'administration et du régime intérieur.

Dans une troisième section enfin l'auteur passe en revue les maladies incidentes des aliénés. Ce travail, entièrement neuf, est d'un haut intérêt, et complète très-bien tout ce qu'il y a à dire en général sur les aliénés.

L'article *alimens*, de M. Rostan, a été complètement refondu. L'auteur y a exposé tout ce que la science fournit de notions positives et de considérations intéressantes sur les différentes sortes d'alimens propres à l'homme et sur les effets physiologiques des diverses alimentations. Ce travail nous a paru très-complet.

On doit à M. Trousseau les articles *alcohol*, *aloës*, *alun*, *amandes amères*, *ammoniaque* et *composés ammoniacaux*, considérés sous le rapport thérapeutique. L'auteur décrit d'abord l'action physiologique de ces diverses substances, puis il passe à l'examen de leur emploi thérapeutique. Ces articles seront lus avec fruit par les praticiens, qui y trouveront tout ce que les progrès récens de la science ont appris de certain sur ces différens sujets. M. Trousseau a surtout insisté sur l'emploi de l'alun comme topique dans les inflammations, et il passe en revue les travaux de M. Bretonneau sur ce point.

L'article *amaurose*, de M. Marjolin, a été refait presqu'en entier. Dans la première édition du *Dictionnaire* on cherchait envain une description technique de cette maladie. Cette lacune, presqu'incompréhensible de la part d'un chirurgien aussi exact que M. Marjolin, a été réparée, et maintenant le sujet est traité beaucoup plus complètement que dans aucun de nos meilleurs ouvrages de chirurgie modernes. L'auteur a enrichi son article des recherches des auteurs allemands. Il contient aussi une juste et sévère appréciation des distinctions établies par ces auteurs entre les diverses espèces d'amauroses ; en un mot on peut dire que cet article est éminemment pratique, comme on devait l'attendre de ce judicieux professeur.

M. Paul Dubois a revu ou plutôt refait l'article *aménorrhée* de Desormeaux. Nous croyons devoir reprocher au nouveau collaborateur de n'avoir pas fait disparaître de l'ancien article ce qu'il avait de trop scholastique ; et s'il y a inséré des détails pratiques excellens, nous regrettons qu'il l'ait fait dans un style un peu diffus et trop apprêté, peut-être.

C'est surtout sous le rapport pratique que se recommande l'article *Amputation*, de M. le professeur J. Cloquet. Cependant au milieu de faits intéressans et de sages préceptes, nous avons à regretter que ce savant chirurgien ait passé un peu légèrement sur les questions toutes vitales de chirurgie. Afin de préciser nos remarques, nous dirons qu'à l'occasion des fractures, comme indication de l'amputation, il fallait signaler l'importance d'une plaie, quelqu'étroite qu'elle puisse être, pourvu qu'elle soit faite par l'un des fragmens, ou qu'elle communique avec le foyer sanguin dans lequel ils plongent, non pas que, dans ce cas, on doive amputer d'emblée, mais parce que souvent alors l'amputation consécutive devient nécessaire. N'est-ce pas d'un chirurgien aussi éclairé que M. Cloquet, que l'on doit attendre des conseils positifs sur la question des amputations de convenance, et doit-il dire

qu'il ne se sent pas le courage d'établir le précepte qu'il faut ou non amputer dans ces cas, lorsqu'il vient d'avancer que le plus grand nombre des amputations de complaisance ont une issue funeste. Il est clair, d'après cette assertion, qu'il ne faut point amputer lorsque l'opération peut compromettre la vie du malade. Le chirurgien doit-il se borner alors à ne pas conseiller l'amputation ?

Sans doute la gangrène sénile offre peu de chances de succès pour les suites de l'amputation, mais est-il sûr qu'il faille toujours attendre que la gangrène soit bornée ? Nous croyons que l'expérience n'est plus d'accord avec ce précepte.

En appréciant la méthode du docteur Koch, qui consiste à ne point faire de ligatures et à comprimer l'artère principale, il est bon de faire remarquer que dans certaines régions, par exemple celle des métatarsiens, les ligatures sont souvent inutiles après l'extirpation d'un ou de plusieurs de ces os, comme le prouvent l'expérience de Moreau et celle de quelques modernes.

La torsion est, je le crois, jugée trop favorablement ; l'un de ses avantages n'est pas toujours de mettre à l'abri de l'hémorrhagie secondaire, car cet accident a été mainte et mainte fois observé après la torsion. M. Velpeau y a à-peu-près renoncé.

Les caractères de l'écoulement sanguin après les amputations, la question du régime alimentaire, la valeur de la position demi-fléchie du moignon, de l'hémorrhagie fournie par les capillaires développés par l'irritation devaient être discutés avec détail. Les questions relatives à ces divers sujets sont omises, ou résolues, à ce qu'il nous semble, dans un sens opposé aux résultats actuels de l'expérience.

Malgré les imperfections que nous croyons voir dans l'article de M. J. Cloquet, il sera cependant consulté avec intérêt, et notamment en ce qui touche aux accidens consécutifs des amputations. Nous en dirons autant de ce qu'il a écrit sur la pathologie chirurgicale des amygdales.

Deux articles importans de M. Dézeimeris exciteront à un haut degré l'attention du lecteur, ce sont les articles bibliographiques sur les amputations et l'anatomie. Ils sont dignes en tout de la réputation de critique érudit et profond que s'est acquise leur auteur. Dans le premier, il relève et montre au doigt des erreurs historiques graves trop répandues de nos jours parmi les chirurgiens même les plus distingués. Dans le deuxième, annexé à l'article de Béclard, qui a été conservé en entier par respect pour ce savant professeur, M. Dezeimeris a fait une histoire de l'anatomie considérée relativement aux circonstances qui ont favorisé ou retardé le développement de cette science, aux hommes qui l'ont cultivée, aux changemens et aux progrès qu'on faits chacune des parties dont elle se compose. Cette histoire, encore abrégée, malgré l'étendue relative de l'article, est un résumé

lumineux, qui paraîtra trop court à ceux qui l'auront lue avec attention, et qui ne se contenteront pas, pour juger de sa convenance, de compter les feuillets. Une bibliographie méthodique, brève, si on mesure l'étendue du sujet, précieuse pour quiconque a le goût des études sérieuses et l'espoir de former une bibliothèque choisie, fait suite à l'article *histoire de l'anatomie.* Nous craindrions en développant notre pensée sur ces articles, qu'on ne nous accusât de partialité; mais nous invitons le lecteur, dans son intérêt, à les étudier, pour se faire une conviction : nous pouvons prédire qu'elle sera semblable à la nôtre.

L'article *anatomie pathologique*, dû à un nouveau collaborateur du *Dictionnaire*, M. Littré, nous a paru fort bien fait : il joint au mérite du fonds celui d'un style clair, ferme, et remarquable par le choix de l'expression. Cet article a encore été pour M. Dezeimeris l'occasion d'un nouveau résumé historique et bibliographique, qui nous paraît mériter les mêmes éloges que les articles précédens, éloges que nous croyons devoir adresser à tous les articles bibliographiques contenus dans ce volume.

Nous terminerons cette revue par l'article *anencéphalie* de M. Breschet, qui clôt ce second volume. Cet article a été entièrement refait par son auteur, et ne laisse aujourd'hui rien à désirer, et sous le rapport des faits et sous celui de la manière dont ils sont exposés. Dans un espace de quelques pages, l'auteur a trouvé moyen de présenter à ses lecteurs tout ce qu'il est important de savoir sur ce point intéressant de l'histoire des monstruosités humaines.

Nous faisons des vœux pour que les auteurs du *Dictionnaire* continuent de suivre, sans s'en écarter, la route qu'ils se sont ouverte, et surtout pour qu'ils abrègent, autant que possible, l'intervalle qui sépare la publication des volumes. P. VAVASSEUR.

Nouveau système de déligation chirurgicale, ou Exposé de moyens simples et faciles de remplacer avec avantage les bandes et la charpie, de traiter les fractures sans attelles et sans obliger les blessés de garder le lit; de redresser les gibbosités sans lits mécaniques; de soulever les malades sans douleurs ni embarras; de mettre le traitement d'un grand nombre d'affections chirurgicales graves à la portée des masses, en l'absence des hommes de l'art, et de populariser la chirurgie dans les armées. Avec un grand nombre de figures, par MATTHIAS MAYOR, *docteur en médecine. Brochure. Un vol. in-8.° Chez J. Cherbuliez.* 1832.

Je prie les lecteurs des *Archives* de croire que j'ai copié exactement le titre de l'ouvrage de M. Mayor. C'est donc une révolution complète

dans les méthodes de panser les plaies et les fractures que ce chirurgien a entrepris d'exécuter, révolution, suivant lui, non seulement utile, mais encore indispensable, soit dans la pratique des armées, soit dans les campagnes où il est difficile de trouver et de mettre en usage les différentes pièces d'appareil qui entrent dans l'arsenal chirurgical. Si M. Mayor réussissait à opérer cette révolution, qu'il appelle de tous ses vœux, nous convenons avec lui qu'il aurait contribué à populariser la chirurgie, au point de mettre quelques-uns de ses moyens à la portée des personnes les plus étrangères à l'art de guérir : mais c'est ce qu'il s'agit d'examiner sans prévention. Il m'a été difficile, je l'avoue, d'entreprendre la lecture de cette brochure sans quelque défiance ; quand un auteur s'annonce comme un réformateur, un rénovateur, il doit s'attendre à exciter d'abord ce sentiment. Toutefois il est juste que je dise dès à présent que si M. Mayor ne m'a point complètement converti, suivant son expression, car son système de déligation est pour lui une véritable religion, toutefois il m'a amené à penser que les pansemens ordinaires sont susceptibles d'amélioration et de plus de simplicité ; il m'a fait comprendre surtout que les appareils des fractures peuvent être très-avantagement modifiés sous quelques rapports. M. Mayor rejette comme complètement inutiles, et souvent nuisibles, les baudes ordinaires des chirurgiens ; il en admet tout au plus l'usage dans les cas où il faut exercer sur les membres une compression circulaire plus ou moins forte : « Elles sont, dit-il, sujettes à se relâcher, à se *corder*, et à blesser de plusieurs manières, de sorte que leur réapplication se reproduit trop souvent ; on est obligé d'en avoir de longueur et de largeur différentes ; notez encore l'ennui, je dirai presque l'impossibilité de bien rouler une bande avant de l'appliquer, *quand on ne s'y est pas exercé ;* la difficulté *de la laver et soigner*, etc., etc. »

A ce moyen contentif généralement employé, et qui a bien, il est vrai, quelques inconvéniens lorsqu'il n'est pas dirigé par une main habile, M. Mayor substitue depuis 28 ans qu'il est chirurgien de l'hôpital de Lausanne, une pièce d'appareil qu'il trouve partout, un simple mouchoir qu'il plie en carré long, en triangle ou en cravatte, suivant l'application qu'il en veut faire. Suivant lui, « l'application des mouchoirs est des plus faciles ; ils ne se relâchent ni se dérangent pas facilement ; jamais ils ne se *cordent ;* s'ils viennent à blesser, leur réapplication a lieu à l'instant même avec la plus grande facilité, puisqu'une seule circonvolution équivaut parfois à une multitude de tours de bande, etc. »

M. Mayor cite d'ailleurs de nombreux exemples de l'application du mouchoir à toutes les parties du corps. Il suffira d'en citer deux ou trois : Par exemple, pour soutenir l'action de la suture du bec-de-lièvre, il conseille le bandage suivant : appliquer la base d'un mou-

choir au-devant du front, dirigez en deux les chefs vers la nuque où ils seront croisés ; ramenez-les directement en avant, pour être de nouveau croisés sur la lèvre. Une épingle au croisé de la nuque et une vers chaque tempe, rendront le bandage immobile et suffisant.

« Le même mouchoir en triangle servira pour panser le moignon après l'amputation de la jambe. Sa base placée sous le membre à une distance convenable de l'extrémité du moignon, les deux chefs qui répondent à cette base sont ramenés et croisés sur le membre de la même manière que les deux chefs d'une bandelette de Scultet, puis on replie le troisième angle sur l'extrémité du moignon, qu'il emboîte exactement. On peut aussi commencer par replier ce dernier angle, et le fixer par ceux de la base, passés et croisés comme il vient d'être dit. »

C'est encore à l'aide des mouchoirs en cravate, placés en travers sous les membres fracturés, qu'on peut fixer des attelles, ou les fragmens eux-mêmes sans attelles, etc., etc. Il nous serait impossible de citer toutes les applications de cette méthode citées par M. Mayor : il faut avouer qu'il a combiné fort ingénieusement ce mode de déligation, et qu'avant d'en avoir fait usage, il semble difficile, d'après les descriptions de ses appareils et les figures qu'il en a donnés, de joindre autant de solidité à plus de simplicité d'exécution. Au reste, il supplie les chirurgiens de ne pas juger sans avoir expérimenté, et dès qu'il nous invite à l'expérience, c'est à ce juge suprême en pratique qu'il faut renvoyer l'appréciation de sa méthode.

M. Mayor, toujours dans le but de rendre plus simple et plus expéditive la pratique de la chirurgie dans les camps, rejette aussi l'emploi de la charpie. A ses yeux elle n'a pas même le mérite d'absorber le pus, et le retient plus souvent qu'elle ne lui livre passage. Des linges fenêtrés, des compresses trempées dans de l'eau commune, composent tout son appareil de déligation après les plus grandes opérations. Il invoque à l'appui de ses opinions l'usage de l'appareil de Larrey et sa propre et longue expérience. Le coton cardé et la compression au moyen des bandelettes agglutinatives lui paraissent beaucoup plus économiques et plus convenables tous les fois qu'on désirera couvrir une plaie d'une substance molle et souple.

M. Mayor a un tel désir de voir populaires les modifications qu'il propose, qu'il se complaît d'une manière assez plaisante, il faut le dire, pour ceux qui ne partagent pas son enthousiasme, à supposer que les militaires de tous grades recevront, par un sorte d'enseignement mutuel, une éducation chirurgicale qui leur permettra de se secourir les uns les autres. Nous ne sommes pas tellement initiés à l'usage de sa méthode, que nous fassions consister, comme lui, l'exercice de la chirurgie dans son système de déligation ; cependant nous ne nierons pas qu'il ne pût y avoir de l'avantage à la rendre familière dans les

camps et les campagnes, où les secours peuvent être insuffisans et tardifs. Il fait surtout ressortir les avantages de son système pour les administrations sanitaires, qui y trouveront facilité de se procurer les objets de pansement et une grande économie.

La partie la plus intéressante de son livre est sans contredit celle où il développe en la simplifiant la méthode du docteur Sauter, son compatriote. C'est le traitement des fractures par le moyen de la suspension des membres étendus ou fléchis sur une ou plusieurs planchettes rembourrées de coussins. Il donne à cette méthode le nom d'hyponarthécie, de υπο, sous, ναρθηξ, attelle. Les membres, et surtout les inférieurs, ainsi suspendus, permettent au malade de se mouvoir avec liberté pour tous les besoins à satisfaire, sans courir le risque de produire des déplacemens. Des mouchoirs pliés en cravates maintiennent sur la planchette les fragmens, et ne s'opposent pas cependant aux pansemens des plaies, des foyers purulens qui peuvent compliquer la fracture.

M. Mayor a guéri ainsi les fractures les plus compliquées, et l'application de cette méthode est si facile, que, d'après ses instructions, les personnes les plus étrangères à la chirurgie ont pu traiter et mener à guérison complète des accidens analogues. Il l'applique aussi au traitement des déviations de la colonne vertébrale et des maladies des articulations. Il termine par faire connaître ce qu'il appelle un cadre clinique, de son invention, qui n'est autre qu'un moyen très-simple de mouvoir les malades dans leur lit, et à volonté; enfin, un dernier chapitre ou mémoire est consacré à quelques fragmens de chirurgie populaire, où il pose des préceptes sur les premiers soins à donner avant l'arrivée du chirurgien, dans les cas d'hémorrhagie, de plaies, de fractures, et pour le transport des blessés.

M. Mayor a fait un livre dont le titre indispose le lecteur, qu'on commence à lire avec une prévention peu favorable, et qui finit par plaire à cause de la simplicité des méthodes et du succès, qui, dit-il, en a constamment suivi l'application. Il est à désirer que son ouvrage soit lu et médité par les chirurgiens, et que leur expérience confirme les heureux résultats obtenus par ce praticien. S. Laugier.

Clinique médicale, suivie d'un Traité des maladies cancéreuses; par J. B. Cayol, *ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris; avec cette épigraphe :* Non minor est virtus quàm quærere parta tueri. — *Paris*, 1833, *in-8.° pp.* L-624.

Tel est le titre d'un ouvrage dans lequel M. Cayol a cru devoir réunir les titres sur lesquels il appuie ses prétentions à la chaire de Clinique, en ce moment l'objet d'un concours devant la Faculté de médecine de Paris. En entreprenant la discussion des opinions médicales consignées dans ce livre, nous ferons abstraction du concours et de ses résultats plus ou moins probables. Nous jugerons la publication

récente de M. Cayol indépendamment des circonstances qui l'ont motivée. M. Cayol s'annonce en réformateur ou plutôt en restaurateur de l'art. Nous laisserons au jury institué pour le concours le soin de juger de quelle valeur a été et pourra être pour l'enseignement la doctrine professée naguère dans la chaire de Clinique de la Faculté. Nous, nous discuterons cette doctrine en tant qu'elle est offerte à notre croyance, en tant qu'on cherche à l'imposer à la science par le raisonnement et l'observation. Tant que ces idées n'avaient été communiquées qu'à huis-clos à quelques auditeurs bénévoles, qu'elles n'avaient été rendues publiques que par la voix de quelques prosélytes plus remplis de bonnes intentions que de lumières, ou que par une polémique de M. Cayol lui-même, renfermée dans un journal qui, en fait de doctrines, ne forme pas une propagande bien dangereuse, on pouvait se dispenser de prendre part au combat. Tout en battant des mains aux attaques vives et souvent justes dirigées contre le chef de la doctrine physiologique, on ne pouvait guères être incertain sur le sort de la théorie que M. Cayol avait la prétention de substituer à celle-là. Tant d'autres prétentions sont affichées qui ne tirent pas à plus grande conséquence! Fier de ce silence que le dédain peut-être avait fait garder aux partisans des divers systèmes ou méthodes qui partagent les médecins, fier de quelques approbations intéressées ou sans importance, M. Cayol proclame hautement aujourd'hui son triomphe au milieu des décombres des édifices médicaux élevés dans ces derniers temps. Il a rassemblé dans un livre, assez singulièrement bigarré; les discussions et les preuves sur lesquelles il appuie sa doctrine. Voyons donc!

Ainsi que le dit M. Cayol lui-même, cet ouvrage ressemble peu, pour la forme et pour le fonds, à la plupart de ceux qu'on voit sortir actuellement de la presse médicale parisienne. On peut s'en convaincre par la simple énumération des objets qu'il renferme. Après une préface où l'auteur expose les raisons qui l'ont porté à adopter ce mode de publication, après une introduction qui n'est qu'une courte notice historique, pleine de partialité, sur la marche et l'état de la science dans ces derniers temps, il reproduit : le *discours sur la force vitale médicatrice*, prononcé par lui dans l'amphithéâtre de l'hôpital de la Charité, à l'ouverture de son cours de clinique, pour l'année scolaire 1827-1828; puis un travail du docteur Leth, intitulé : *Considérations théoriques et pratiques sur la fièvre et l'inflammation*, ouvrage qui a paru d'abord dans la *Revue médicale*, en plusieurs articles ou fragmens; un *résumé de sa clinique pendant les étés de* 1824 et de 1829; et enfin l'article du *Dictionnaire des Sciences médicales*, *sur les maladies cancéreuses*, auquel il a ajouté sous forme d'appendice, un résumé *très-succinct* des progrès de la thérapeutique sur ce sujet, résumé dont une grande partie est extraite de l'ouvrage de M. Récamier, sur le *traitement du cancer par la compression*. Cette dernière

partie occupe à elle seule plus de la moitié du volume. Ce qu'il y a de plus remarquable dans toute cette publication, c'est le talent de M. Cayol pour former un gros volume *in-octavo* avec les travaux d'autrui, et la souplesse d'esprit dont il fait preuve en s'emparant de l'article *cancer* du *Dictionnaire des Sciences médicales*, article dont le fonds appartient à Bayle. Il est vraiment curieux de voir les tours et détours qu'il emploie pour s'approprier ce travail remarquable, tout en voulant paraître ne pas en dépouiller son auteur. Son court appendice ne renferme pas même une discussion sur les traitemens appliqués aux maladies cancéreuses, et sur les idées théoriques auxquelles il rattache le développement de ces maladies. Cependant depuis Bayle beaucoup de choses ont été dites sur ce sujet; la science a marché, soit dans la bonne, soit dans la mauvaise voie, et l'on a droit de s'étonner de cette étrange concision de la part d'un homme qui a tout prêt un traité général de médecine.

La médecine hippocratique de M. Cayol a pour base fondamentale la *nature médicatrice* ou *force vitale*, être de raison comme l'attraction de Newton à laquelle il la compare du reste fort improprement, qui n'a aucune valeur réelle et n'est rien autre chose que l'expression hypothétique d'un fait complexe, qui n'a par conséquent qu'une signification vague. En vain nous assure-t-il que toute personnification de cette *force médicatrice* est loin de sa pensée; le contraire résulte trop évidemment de ses paroles, lorsqu'il nous représente la *force vitale d'Hippocrate* comme une *force médicatrice dans les maladies*, *force essentiellement active et intelligente*. Sans cette personnification, plus excusable dans un temps où tout s'animait au gré du poète, et était peuplé de divinités, que dans celui où nous vivons, comment peut-on concevoir une *réaction intelligente* dans l'homme, *considéré seulement sous le rapport des phéno mènes matériels?* La gloire durable d'Hippocrate ne tient point à sa *force vitale médicatrice* et à quelqu'idée théorique que l'on voudra exhumer de ses ouvrages; elle a sa source dans cette admirable sagacité qui lui faisait repousser les hypothèses dont les médecins étaient alors aussi féconds que de nos jours, pour les entraîner de toute la force de son autorité scientifique dans la voie de l'observation rigoureuse; elle a sa source encore dans le génie avec lequel il observait, et qui fait que *ce qui était vrai de son temps est encore vrai du nôtre*, comme le dit M. Cayol. Hippocrate enseignait bien qu'il faut observer la marche naturelle des maladies, et l'imiter autant que possible dans les déterminations thérapeutiques. Mais cette imitation ne doit être ni générale ni absolue, car il y a des cas nombreux où la marche de la maladie est si funeste, qu'il faut, loin de l'imiter, se hâter au contraire d'y apporter un obstacle puissant.

En repoussant la force vitale médicatrice de M. Cayol, et le système qu'il élève sur une base si peu solide, qu'on ne se méprenne point

sur le sens de mes paroles et qu'on ne prétende point que je nie ce fait de résistance de l'organisme aux causes de destruction, cette tendance à se rétablir dans l'état normal, qui est évidente, lorsqu'une maladie se guérit sans les secours de la médecine ou en dépit d'un mauvais traitement. Il y a loin de cette propriété des corps vivans, qui est une des conditions de leur existence, un des résultats des lois qui les régissent, à la doctrine qui la personnifie et lui accorde, avec l'intelligence, une action à part, tout-à-fait distincte de l'ensemble de nos fonctions.

La force vitale une fois posée, toute la doctrine vitaliste est déduite de ce principe faux, contraire au bon sens, qu'invoque à chaque page M. Cayol, comme à la conscience intime que nous avons de ce qui se passe en nous et à la connaissance de ce qui existe autour de nous : qu'il y a « une opposition constante, une lutte continuelle entre les propriétés vitales ou les lois qui régissent les corps vivans, et les propriétés non vitales ou les lois qui régissent la matière inorganique. La vie, ajoute-t-il, à ne considérer que ses phénomènes matériels, ne consiste que dans cette lutte de la force vitale contre les lois de la gravitation et de l'affinité. » Mais quelle doit être, je vous prie, l'anxiété de cette pauvre *force vitale*, lorsque, dans sa lutte de tous les instans contre la gravitation et l'affinité, elle voit tout-à-coup surgir un nouvel adversaire, *le principe morbifique* dont elle doit, sous peine de mort, obtenir l'élimination; trop heureuse quand ses efforts pénibles ne sont pas entravés par les prescriptions étroites et mesquines d'un médecin *physiologiste* ou *anatomo-pathologiste!* Car, « indépendamment de cette lutte ou réaction continuelle de la force vitale, qui ne trouble point nos fonctions, (vous voyez que cette lutte de la force vitale est un fait en dehors de nos fonctions); d'autres luttes ou réactions anormales sont provoquées par les agens de destruction accidentels (comment peuvent-elles être anormales, puisque ces réactions ont pour but la conservation de la vie)? Dans toutes les maladies, vous verrez une suite d'efforts conservateurs... toujours appropriés à la cause morbifique qui doit être éliminée..... Dans les lésions physiques, ces efforts conservateurs existent à la vérité, mais ne constituent pas, à proprement parler, la maladie. » A proprement parler! Il serait en effet passablement *impropre* de considérer comme une maladie le travail de cicatrisation ou d'agglutination qui a lieu après une plaie avec ou sans perte de substance, et c'est pourtant ce qui se trouve implicitement dans la doctrine vitaliste!

Voici donc en résumé la doctrine de M. Cayol : force vitale; lutte continuelle de la force vitale contre la gravitation et l'affinité, ce qui constitue la santé; lutte accidentelle, *anormale* de la force vitale contre d'autres agens de destruction le plus souvent inappréciables et qu'on pourrait bien facilement confondre avec ceux qui nous assiègent sans cesse, ce qui constitue la maladie. Dans cette dernière lutte, et c'est

toute la différence qui existe entre la première et la seconde, la force vitale devient *force vitale médicatrice*, et il y a, ou plutôt il doit y avoir, car on ne le voit pas toujours, *élimination d'une cause morbifique*; cette élimination constitue la *crise* ou *jugement!*

D'après cette série d'hypothèses *renouvellées des grecs*, pour me servir des expressions de M. Cayol, la maladie est « essentiellement un acte de l'organisme qui a une tendance, un but, un commencement et une fin; c'est conséquemment une fonction. » Nous avons donc une *fonction* qui tue, qui désorganise, qui trouble ou suspend tout-à-fait nos fonctions. Mais si cette fonction bizarre a pour but d'éliminer une cause morbifique, la santé devrait toujours succéder à cette élimination, et l'on voit tous les jours des cas où une maladie s'est *jugée* par une collection purulente, et où l'abondance de cette *élimination de cause morbifique* épuise le malade et l'entraîne au tombeau, au lieu de lui laisser la jouissance paisible de sa santé. « Parlerai-je, dit M. Cayol, des fièvres et surtout des fièvres éruptives où l'on suit en quelque sorte pas-à-pas le principe morbifique, depuis son introduction dans le corps vivant, jusqu'à son élimination par la peau? » Mais à quoi pense donc cette *force vitale si active et si intelligente*, en laissant s'introduire ce principe morbifique? Pourquoi ne réagit-elle pas, elle qui lutte sans cesse, à l'instant même où la *cause morbifique* est mise en contact avec nos tissus, au lieu de l'y laisser prendre pied et de s'exposer à un combat peut-être inégal?

Nous venons de voir que dans toute maladie, un principe morbifique doit être éliminé au moyen d'une réaction de la force vitale : « La nature de la maladie est toute entière dans le *caractère* de la réaction vitale qui prend quelquefois le nom de diathèse; les organes sont seulement la matière, la voie de transmission, les instrumens à l'aide desquels cette réaction se manifeste et se continue. On conçoit d'après cela comment, à chaque *espèce* de réaction, tel ou tel organe, ou tel système d'organes peut être compromis. Ainsi la réaction inflammatoire affectera particulièrement le système sanguin; la réaction nerveuse, le système nerveux....... » A quelqu'un qui demanderait pourquoi de ces deux *réactions*, l'une s'appelle *inflammatoire* et l'autre *nerveuse*, je ne vois pas d'autre réponse à faire que celle-ci, parce que la première *affecte particulièrement le système sanguin* et la seconde *le système nerveux!* « La réaction de l'organisme, poursuit M. Cayol, peut être générale ou locale. La réaction générale a pour agens le cœur et les centres nerveux. La réaction locale s'exécute par les nerfs et les vaisseaux de la partie affectée. L'intensité de la réaction, soit générale, soit locale, varie suivant une infinité de circonstances relatives à la nature de la cause morbifique, aux dispositions individuelles et aux influences extérieures. Lorsque la réaction est aiguë, c'est-à-dire vive, prompte, énergique, accompagnée d'une exaltation de la chaleur vitale et de la sensibilité, elle prend le nom de *fièvre*

ou *d'inflammation* suivant qu'elle est générale ou locale. La fièvre est donc une réaction générale de l'organisme avec augmentation de la sensibilité; l'inflammation est donc une réaction locale de l'organisme avec augmentation de la chaleur vitale et de la sensibilité. L'inflammation est donc une fièvre locale, comme la fièvre est une inflammation générale. Ces deux mots, *fièvre* et *inflammation*, signifient donc en dernière analyse, *la même chose.* » Ainsi toutes les maladies que l'école vitaliste désigne sous le nom de *fièvres*, telles que les fièvres intermittentes, les fièvres putrides, les fièvres typhoïdes, les fièvres catarrhales, les fièvres goutteuses, etc., etc., sont des *inflammations générales*. Les fièvres nerveuses, parmi lesquelles M. Cayol place le choléra-morbus, sont des *inflammations* de l'appareil nerveux. Fallait-il tant crier contre la doctrine de M. Broussais, pour arriver à un resultat qui se rapproche tellement du sien? M. Cayol, qui prétend qu'il ne manque à M. Broussais pour être hippocraste, que de mettre la force vitale à la place de son irritabilité, et la réaction vitale à la place de son irritation, ne s'aperçoit pas que c'est lui qui se rapproche du physiologisme, car il n'a fait que transposer les termes: au lieu d'un principe, déduction exacte d'un certain nombre de faits, mais que M. Broussais applique hypothétiquement à d'autres qui ne le comportent pas, M. Cayol a admis un principe vague qui ne s'applique positivement à rien. Mais que ferons-nous des maladies où il est impossible de saisir aucun vestige de réaction? N'y aurait-il plus ici un principe morbifique à éliminer? cependant sans principe morbifique point de maladie. Une chose encore est digne de remarque, c'est qu'on trouve dans l'ouvrage de M. Cayol cette expression: *fièvres inflammatoires* qui, sous sa plume, signifie nécessairement *inflammations générales inflammatoires.*

M. Cayol, dans son antipathie pour la localisation des maladies, voit presque partout des affections générales, primitives ou essentielles. Ainsi une péritonite est pour lui une fièvre inflammatoire compliquée d'inflammation locale du péritoine. L'affection locale est ordinairement la crise de la fièvre. Cette crise peut devenir à son tour cause de maladie et par conséquent entraîner une seconde crise, et il n'y a pas de raison, comme on voit, pour que les maladies et les crises ne se succèdent ainsi indéfiniment. Comment peut-on considérer comme une fièvre inflammatoire compliquée d'inflammation du poumon, une pneumonite qui est produite presqu'instantanément par l'impression d'un froid vif et où la fièvre nait, croît et décroît avec l'inflammation locale? Dans cette maladie, où est le principe morbifique et comment s'est-il introduit dans l'économie animale? Toute crise peut, comme nous l'avons vu, devenir une cause de maladie; telle est l'origine des maladies chroniques qui ne sont autre chose que des altérations consécutives aux maladies aiguës, *des reliquats de fièvres.* Il résulte de là que la phthisie pulmonaire, l'hypertrophie

du cœur, le cancer, l'hydropisie idiopathique, la carie de la colonne vertébrale avec ses dépôts par congestion, l'épilepsie, etc., etc., sont des *reliquats de fièvres!*

Si, après avoir passé en revue la doctrine de M. Cayol, nous en venons à ce qui doit être le but de toute théorie médicale, c'est-à-diro, aux *indications thérapeutiques*, nous retrouvons encore ici et la même inconséquence et la même subtilité d'esprit. « Lorsqu'on est parvenu, dit-il, à bien établir le véritable diagnostic d'une maladie aiguë. c'est-à-dire, à reconnaître la nature de la fièvre, le mode de réaction ou la diathèse, on est certainement sur la voie de l'indication principale, de l'indication culminante, de l'indication essentiellement curative. Mais les moyens propres à remplir cette indication ne sont pas toujours sans inconvénient; ils peuvent être même plus ou moins dangereux, suivant l'état de l'organe sur lequel ils sont dirigés. » Voilà donc une indication *essentiellement curative*, qui non-seulement n'est pas curative, mais qu'il faut bien se garder de remplir; car en y satisfaisant, on pourrait tuer son malade. Sans doute alors il existe quelque autre indication qui, quoique moins *essentiellement curative*, doit cependant attirer de préférence l'attention du thérapeutiste. Du reste, comme il n'y a quo deux *modes de réaction* ou *diathèses*, *l'inflammatoire* ou la *nerveuse*, il ne se présente de même que deux *indications*, et par conséquent deux ordres d'agens thérapeutiques : les antiphlogistiques et l'opium; encore faut il que nous sachions par l'empirisme qu'il faut combattre avec l'opium *l'inflammation de l'appareil nerveux*, qui constitue la *diathèse* ou *réaction nerveuse*. Si M. Cayol admet quelques autres moyens thérapeutiques, croyez-vous qu'il en rattache l'emploi à ses idées théoriques? Non certainement. Il se borne à nous dire qu'il agit ainsi pour se conformer à la pratique de Sydenham, Stoll ou autres.

Mais je m'aperçois que je me suis tellement étendu sur la partie dogmatique du livre de M. Cayol, quoique je sois loin d'avoir épuisé tout ce qu'il y aurait à en dire, qu'il ne me reste plus de place pour parler des faits qu'il contient. Ces faits, dans l'observation desquels se trouve plus ou moins adroitement amalgamée la théorie favorite de l'auteur, sont bons à consulter, en les dégageant de toute idée préconçue, quoiqu'il n'y ait rien en eux qui annonce un observateur de premier ordre. Que M. Cayol prenne garde de s'abuser en attribuant à un tact médical supérieur ce qui n'a été peut-être que la conséquence naturelle de cet esprit de parti qui le portait à agir dans un sens diamétralement opposé à tout ce qui avait l'apparence du physiologisme.

D'ailleurs, puisque malgré les combats si souvent livrés au vitalisme, nous en sommes réduits à le combattre encore, nous reviendrons probablement sur cette production qui ne tire quelque importance que de la réaction que M. Broussais a soulevée par son dogmatisme impérieux. G. R.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1833.

Recherches sur l'œsophagisme, ou spasme de l'œsophage ; par J. T. Mondière, *membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin à Loudun (Vienne.)*

En cherchant dans un précédent mémoire (1) à établir les signes caractéristiques des affections que l'on peut confondre avec les rétrécissemens organiques de l'œsophage, nous n'avons fait qu'indiquer d'une manière très-sommaire ceux qui sont propres à l'œsophagisme, nous réservant de consacrer plus tard à cette maladie un article particulier. Nous essayons de remplir aujourd'hui la tâche que nous nous étions imposée ; et, comme pour l'inflammation de l'œsophage, nous pensons pouvoir prouver par nos recherches que c'est parce qu'on n'a pas su mettre à profit les observations de nos devanciers, que l'histoire de la dysphagie spasmodique est encore imparfaite.

L'œsophagisme consiste en une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien, et pouvant ou produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou liquides. Tantôt ce spasme est borné au pharynx ou à l'œsophage,

(1) *Archives de Médecine.* T. XXV, p. 379.

tantôt il occupe en même temps ces deux conduits. Cette distinction, bonne à établir par rapport aux symptômes, est beaucoup moins importante cependant que celle qui, fondée sur les causes de la maladie, la fait considérer tantôt comme idiopathique, et tantôt comme symptomatique.

Il est deux états pathologiques, l'hystérie et l'hypocondrie, dans lesquels on observe fréquemment le spasme de l'œsophage. Sans être hystériques ou hypocondriaques, les personnes qui sont douées d'une grande susceptibilité nerveuse y sont également très-sujettes, et chez elles il n'est souvent besoin pour le produire que de l'exposition à un courant d'air, ou de l'influence d'une atmosphère fortement chargée d'électricité. Dans ce cas la maladie cesse le plus ordinairement avec ou peu de temps après la cause qui l'a produite. Chez les hystériques, la fin de l'accès marque habituellement aussi celle de la dysphagie : quelquefois cependant celle-ci persiste. Ainsi le docteur Albert a vu une femme en proie à une affection hystérique des plus violentes, et qui pendant sept à huit mois fut atteinte d'une telle constriction spasmodique du gosier, qu'elle ne pouvait avaler qu'un peu de bouillon : elle était réduite à une extrême maigreur (1).

Cette fréquence de la dysphagie spasmodique dans l'hystérie n'aurait rien de surprenant, si l'opinion du docteur Prus venait à être prouvée. Cet auteur pense, d'après son observation, que la huitième paire de nerfs doit être regardée comme pouvant être le siège de l'hystérie tout aussi bien que le cerveau, la moelle épinière, la matrice, le canal digestif, que l'on a accusés tour-à-tour d'être la cause exclusive des phénomènes dits hystériques (2). L'anatomie, en nous faisant connaître les nombreux filets que les nerfs

(1) *Annales de Montpellier*. Janvier 1812.
(2) *Journal universel*. T. LIII, p. 110.

pneumo-gastriques envoient à l'œsophage, rend cette opinion bien plus probable que celle de Willis, qui fait dépendre le resserrement du gosier dont se plaignent les femmes hystériques, d'une congestion du fluide nerveux dans les ganglions du nerf intercostal (1).

Les causes qui peuvent donner lieu à l'œsophagisme idiopathique sont principalement les affections vives de l'ame (2), les passions tristes, un courant d'air froid, l'électricité atmosphérique, la deglutition d'un liquide froid quand le corps est en sueur, celle de certaines substances vénéneuses ou autres, comme la jusquiame (3), l'arsenic, les champignons (4), les fruits du hêtre (5), celle de corps durs et volumineux. C'est à cette dernière cause que nous croyons devoir rapporter ces dysphagies attribuées à un prétendu déplacement des appendices cartilagineux de l'os hyoïde, dont on a peine à se rendre compte, et que les auteurs qui citent de semblables observations n'expliquent qu'au moyen d'hypothèses difficiles à admettre. Nous nous appuyerons, comme plus récemment observé, sur le fait du docteur Mugna (6). Sans rapporter ici cette observation dans tous ses détails, nous dirons seulement que le sujet, vieillard d'une constitution grêle et affaiblie, en avalant un gros morceau de tendon de bœuf, qu'il avait à peine écrasé sous les dents, éprouva tout-à-coup une sensation de gêne très-prononcée, comme si le morceau de tendon se fût arrêté à l'entrée de l'œsophage. Bientôt il est tourmenté par un besoin continuel et des efforts inutiles de déglutition, sans pouvoir avaler même sa salive ni aucune

---

(1) *Op. omnia.* T. I. *De morbis convulsivis.* Genèves, 1676, in-4.°

(2) Deux fois Dumas l'a vu produit par la colère. *Mal. chroniques*, 1812, p. 554.

(3) Roques, *Phytographie méd.*, 13.e livraison, 1823.

(4) Alibert, *Mat. méd.* T. II, p. 456 et 461.

(5) Sielig (Ch. F.) *De Hydroph. ab esu fructuum fagi.* 1782, in-4.°

(6) *Archives de Méd.* T. XIX, p. 233.

goutte de liquide. Aussitôt après ces efforts infructueux on entendait un bruit analogue à celui produit par de l'air qui eût remonté de l'œsophage avec bruissement. Une sonde parcourut facilement tout l'œsophage, et la sensation qu'éprouvait le malade disparut spontanément quand le docteur Mugna, ayant introduit deux doigts dans l'arrière-gorge, eut imprimé quelques mouvemens à l'os hyoïde.

Pour appuyer notre opinion, nous dirons que l'anatomie nous démontre combien est difficile, pour ne pas dire impossible, un semblable déplacement des cornes de l'os hyoïde; que souvent des corps durs et volumineux ont produit des spasmes de l'œsophage (1); que ce bruissement observé chez le malade du docteur Mugna, l'a été également, dans la dysphagie spasmodique, par Monro et par notre ami et premier maître le docteur Latourette, praticien distingué de Loudun, chez un malade qui, pendant longues années, fut souvent, au milieu de ses repas, pris de spasme de l'œsophage. Enfin, le résultat obtenu par les mouvemens imprimés à l'os hyoïde s'expliquera facilement quand nous aurons fait voir, en parlant du traitement, combien est grande l'influence de la compression pour la guérison du spasme dont nous parlons.

Mais revenons aux causes de l'œsophagisme. Parmi ces causes, il faut mettre les corps qui séjournent dans l'œsophage, l'inflammation plus ou moins profonde de la muqueuse de ce conduit, inflammation qui se propage aux nerfs qui se distribuent à ce canal, et en produit le resserrement spasmodique, ou même l'oblitération (2). C'est encore par cette participation des nerfs à l'inflammation des tissus auxquels ils se distribuent, qu'on explique d'une manière satis-

---

(1) *Voyez* notre Mémoire : *Obs. sur les accidens déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage.* Archives de Méd. T. XXIV, p. 388.

(2) *Ancien Journal.* T. VI, p. 251. — Cooch, *Op. chir.* T. II, p. 108.

faisante ces espèces d'asthmes à la suite desquels on ne trouve aucune lésion grave des poumons et du cœur, mais seulement une inflammation de la muqueuse trachéo-bronchique, et qui s'observent chez des personnes donées d'une grande susceptibilité nerveuse. L'action trop violente d'un vomitif donné inconsidérément l'a également produite. M. Carron, médecin à Annecy, rapporte qu'un homme atteint de dyspepsie prit, d'après le conseil d'un empirique, une forte dose d'émétique. Il y eut des vomissemens énormes, des douleurs d'estomac aiguës, et au bout de quelques heures difficulté dans la déglutition qui fut bientôt impossible; l'œsophage était si hermétiquement fermé, que le malade ne pouvait avaler même une goutte de liquide (1). Everard Home l'a vu survenir chez une dame qui, en passant d'Irlande en Angleterre, éprouva un violent mal de mer, accompagné d'envies de vomir qui se prolongèrent pendant plusieurs heures (2). M. Mauclerc a vu la disparition, au moyen de répercussifs, d'une dartre qui occupait toute la partie supérieure de la main droite, être suivie d'un spasme de l'œsophage qui rendit la déglutition impossible. Une seule goutte d'eau livrait la malade à d'affreux efforts (3). Pareil phénomène s'est présenté à la suite de la disparition brusque d'un accès de goutte et de rhumatisme. Conrant (4) a vu, au contraire, l'œsophagisme cesser par le retour d'une violente douleur de goutte. Stoll avait déjà dit que l'hystérie n'était que la matière volatile de la goutte, et que lorsque cette matière se déposait sur l'œsophage, il en résultait le globe hystérique (5). Hoffmann l'a vu succéder à la suppression d'un flux hémorrhoïdal.

(1) *Recueil périodique*. T. XL, p. 58.
(2) *Bibl. méd.* T. VIII, p. 263.
(3) *Recueil périodique*. T. XXII, p. 63.
(4) *De nonnullis morbis convulsivis œsophagi*. Montpellier, 1778, in-4.°, p. 12.
(5) Stœrts, *Dissert. de arthritide*, p. 103.

Dans un cas rapporté dans la *Clinique médicale* (1), le spasme de l'œsophage fut produit par une violente contusion de l'épigastre, chez un jeune homme de 26 ans. Cinq heures après avoir reçu le coup, le malade veut boire un verre d'eau sucrée, mais la déglutition est impossible, et il se déclare aussitôt des contractions spasmodiques des muscles de la gorge qui l'empêchent d'avaler et d'articuler un seul mot.

D'après un fait du docteur Stevenson, fait que nous rapporterons en parlant du traitement, il semblerait que l'œsophagisme serait héréditaire, du moins la fille de la malade dont il est ici question fut, dès son enfance, tourmentée de la même affection que sa mère. Il peut aussi dépendre d'un vice de conformation de l'œsophage. Telle était la personne dont parle Everard Home, qui éprouvait depuis son enfance une étroitesse de gosier. Si la mastication n'était pas parfaite, ou si la malade avalait précipitamment, il survenait un état spasmodique de l'œsophage et une espèce de suffocation (2).

Le spasme de l'œsophage n'est souvent que le résultat de l'imagination. Sans citer le fait rapporté par Lentilius (3), qui parle d'une femme qui pouvait facilement avaler toute espèce de boissons ou d'alimens, mais qui ne put jamais avaler une hostie, nous citerons le fait bien plus intéressant, que le professeur Boyer a consigné dans son *Traité des Maladies chirurgicales* (4). Il s'agit d'une femme hystérique qui, depuis trois mois et après avoir ressenti quelques picotemens et de la douleur en mangeant un morceau de poulet, n'avait osé avaler aucun aliment solide, par la crainte d'être étranglée. Zimmermann (5)

(1) T. II, p. 8.
(2) *Bibl. médic.* T. VIII, p. 260.
(3) *Actes des curieux de la nature*, cent. VII, obs. LXI, p. 125.
(4) T. VII, p. 153.
(5) *Acta helvetica.* T. II, p. 97.

parle d'un prêtre dans la trachée-artère duquel quelques gouttes de bouillon tombèrent, et qui depuis ce moment ne put, malgré les plus grands efforts, avaler une seule goutte d'un liquide semblable. Les faits de cette nature ne sont pas rares, et pendant que nous exercions la médecine à Paris, nous avons donné des soins à un jeune hypochondriaque, au gosier large, qui, malgré des efforts violens et répétés, n'a jamais pu avaler une seule pilule de *Méglin*. Lorsque cette pilule atteignait le fond du pharynx, il y avait un mouvement convulsif des muscles de la face et de la gorge, et la pilule était rejetée.

Sans doute les convulsions du pharynx et de l'œsophage sont quelquefois un symptôme de la rage, et entièrement sous la dépendance de cette terrible maladie; mais aussi combien de fois n'a-t-on pas considéré comme hydrophobes des individus qui étaient seulement atteints de spasme de l'œsophage, et chez lesquels une susceptibilité nerveuse extrême jointe à l'influence de l'imagination suffisait pour développer tous les accidens du tétanos rabique? Tel est le malade dont M. Serres (1) rapporte l'observation, et qui fut atteint d'une constriction à l'estomac et à l'œsophage, et bientôt de la plupart des autres symptômes de la rage, plus de deux ans après avoir été mordu par un chien, qui fut tué deux jours après, quoiqu'il n'eût présenté aucun des signes de la rage. Telle est surtout l'observation de cet individu qui, rentrant en France après une absence de vingt ans, et apprenant que son frère avait succombé aux suites de la morsure d'un chien dont il avait également été mordu, fut aussitôt pris des symptômes de la rage, et y succomba. Il nous serait facile d'accumuler des faits qui serviraient de preuves à notre opinion; mais nous nous contenterons d'ajouter les observations suivantes :

Le docteur John Ferriar rapporte qu'un homme fut

(1) *Biblioth. méd.* T. XXXIX, p. 234.

ainsi que sa femme, mordu par un chien qu'il croyait enragé ; la femme ne craignait aucun danger, mais le mari, homme maigre et hypocondriaque, s'imagina qu'il avait un embarras dans le gosier et qu'il ne pouvait avaler. Il persista pendant quinze jours à croire qu'il était enragé, et ne quitta point son lit, attendant ainsi la mort. Ferriar lui fit remarquer que les personnes atteintes de la rage canine mouraient le huitième jour ; cette réflexion le décida à quitter son lit et à reprendre son train de vie ordinaire (1). M. Barthelemi, professeur à l'école d'Alfort, ayant été mordu par un chien malade, se crut atteint de la rage ; pendant trois jours il ne put rien avaler, et la vue de l'eau lui faisait éprouver comme des commotions électriques (2). Enfin le docteur Barbantini (3) rapporte qu'un homme étant à chasser, rencontra un chien sur lequel le sien s'élança. Les deux animaux commencèrent à se battre avec fureur, et le chasseur, pour parvenir à les séparer, essaya de tirer son chien par la queue, et en reçut un léger coup de dent à la jambe ; cette blessure du reste était si peu grave, que le troisième jour elle était tout-à-fait cicatrisée. Cependant le chien s'égara, et ne revint pas à la maison. Le maître alors s'imagina qu'il était enragé, et l'idée de cette terrible maladie agit tellement sur son imagination que, le lendemain, il présenta tous les symptômes de l'hydrophobie. Quatre jours se passèrent sans qu'il pût avaler ni liquides ni solides ; il avait même eu déjà quelques accès de fureur, lorsqu'enfin le neuvième jour après l'accident son chien reparut. Aussitôt cet animal fut mené dans la chambre de son maître, qu'il flatta comme il avait coutume de le faire, et dès ce moment les signes de l'hydrophobie disparurent pour ne plus revenir. Ce sont sans doute

---

(1) *Biblioth. médicale*. T. XLIII, p. 332.
(2) *Archives de Méd.* T. XIII, p. 440.
(3) *Giornale di Fisica, Chimia*. T. X, p. 274.

des faits de cette nature qui ont porté Bosquillon à émettre cette idée que l'hydrophobie était une affection purement nerveuse (1).

Parmi les organes dont les altérations peuvent sympathiquement produire le spasme de l'œsophage, il faut compter surtout le larynx et les poumons, la matrice et ses dépendances, enfin l'estomac.

Nous avons déjà cité, dans un de nos précédens mémoires (2), l'observation intéressante d'une ulcération du larynx qui, donnant lieu au spasme de l'œsophage, fit croire à un rétrécissement organique de ce conduit. Howship (3) rapporte également deux observations dans lesquelles la contraction spasmodique de l'œsophage se trouva coïncider avec une ulcération du larynx et avec une phthisie pulmonaire. Dans un de ces cas, l'autopsie montra la partie qui avait été le siége du spasme, contractée dans l'étendue d'un demi-pouce ; elle céda à un léger effort et on put voir aisément que les membranes n'étaient nullement épaissies.

Le docteur Marcia Geleen (4), auteur d'un bon mémoire sur les sympathies, dit avoir connu une dame, âgée d'environ 34 ans, qui était depuis quelque temps atteinte d'un spasme de l'œsophage dépendant d'une lésion des organes de la génération. M. Burdin, instruit par sa pratique, rapporta à une altération de l'utérus ces constrictions presque continuelles et gênantes, sans symptômes hystériques, qu'éprouvaient plusieurs femmes dont les observations furent communiquées à l'Athénée, dans sa séance du 25 fé-

---

(1) *Mémoire sur les causes de l'hydrophobie.* Paris, 1802, in-3.°, p. 2.

(2) *Archives de Méd.* T. XXV, p. 367.

(3) *Practical remarks upon indigestion, including observations upon the disorders of the superior parts of the alimentary canal.* London, 1825. in-8.°, p. 152.

(4) *Journal complémentaire.* T. XI, p. 8.

vrier 1820 (1). Nous avons nous-même observé dernièrement cet accident chez une fermière des environs de Loudun, à laquelle nous fûmes appelé à donner des soins pour une ménorrhagie qui durait depuis douze jours, et que le toucher nous fit reconnaître dépendre d'une inflammation chronique de la matrice, avec hypertrophie de toute sa partie postérieure. L'état de faiblesse de cette femme nous empêcha de recourir aux évacuations sanguines; mais, par l'emploi de la décoction de ratanhia, des bains de siége, des demi-lavemens avec le laudanum, nous vîmes successivement disparaître les douleurs de reins et de la matrice, l'hémorrhagie et enfin le spasme de l'œsophage, dont le retour coïncidant exactement avec l'exaspération des douleurs et l'expulsion des caillots annonçait suffisamment quels rapports unissaient ces accidens.

La matrice, chargée du produit de la conception, a quelquefois aussi développé ces effets sympathiques. Ainsi Riedlin rapporte qu'une femme fut, pendant les derniers mois de sa grossesse, tourmentée par un spasme de l'œsophage qui l'empêchait d'avaler tout aliment solide. Ce phénomène disparut après l'accouchement (2).

L'inflammation simple de l'estomac a suffi quelquefois pour déterminer l'œsophagisme (3), comme le spasme de l'urètre s'observe dans l'inflammation de la vessie (4). Abernethy (5) a donné des soins à une dame que l'on considérait comme atteinte de rétrécissement organique de l'œsophage : cette malade éprouvait depuis longtemps de

---

(1) *Biblioth. médicale.* T. LXVIII, p. 199.

(2) Léonard, *De l'Allaitement considéré comme moyen curatif et prophylactique.* Thèse. Paris, 1822, N.° 196, p. 16.

(3) Bleuland, *Obs. anatomico-med. de sanâ et morbosâ œsophagi structurâ.* Lugd.-Batav., 1785, in-4.°, p. 62.

(4) *Biblioth. médic.* T. V, p. 262.

(5) *Surgical obs. on the constitutional origin and treatment of local diseases and on anevrims.* London, 1824, in-8.°, p. 202.

la difficulté dans la déglutition, et lorsqu'elle prenait des alimens, elle était obligée de boire après chaque bouchée pour la faire descendre dans l'estomac. Abernethy, ayant égard aux troubles de la digestion annoncés par des vomissemens, la constipation, etc. donna quelques purgatifs et vit, sous leur influence, l'œsophagisme disparaître ; mais son existence était tellement liée à l'état des intestins, qu'il reparaissait à chaque rechute qu'éprouvait la malade.

Mais c'est principalement dans les affections organiques de l'estomac qu'on a observé la dysphagie spasmodique. Howship (1), Abernethy, Heineken (2), Monro (3), etc., etc., citent des faits de cette nature. On l'a vu survenir dans quelques maladies du cerveau. M. Brieu (4), médecin à Draguiguan, en a rapporté une observation intéressante ; le malade succomba d'inanition. A ce sujet, nous dirons qu'Hoffmann plaçait les causes les plus terribles du spasme de l'œsophage dans l'inflammation de la partie supérieure de la moelle épinière.

Portal (5) cite l'observation d'une dame qui succomba après avoir éprouvé de la difficulté à parler et à avaler surtout les liquides, qui refluaient souvent dans les fosses nasales. A l'autopsie, on s'attendait à trouver le siége de la maladie dans le larynx et le tube pharyngo-œsophagien; mais ces parties étaient dans l'état le plus sain. Le péricarde, d'un rouge violet, adhérait au cœur par des fausses membranes.

L'œsophagisme peut être sous la dépendance de douleurs rhumatismales, comme semble le prouver l'observation

---

(1) *Loc. cit.*, p. 158.

(2) *De morbis nervorum, eorumque frequentissima ex abdomine origine.* Gottingue, 1783, in-8.°

(3) *Disp. med. inaug. de Dysphagiâ.* Edimbourg, 1787, in-8.°, fig.

(4) *Ancien Journal.* T. XIV, p. 315.

(5) *Quelques remarques sur l'inflammation du péricarde*; dans le tome IV de ses *Mémoires sur diverses maladies.* Paris, 1819, in-8.°

rapportée par M. Trolliet, et qu'il décrit sous le nom de *globe antipéristaltique* de l'œsophage (1). La sensation de ce globe parut toujours au moment où les douleurs des lombes se faisaient sentir avec le plus de force. Courant (2) l'a vu accompagner une dentition difficile, et persister au point de faire périr les enfans d'inanition. M. Bouteille (3) l'a vu produit par des vers qui s'étaient développés dans l'oreille, et le docteur Uberto Bettali (4) par le tœnia. Portal (5) dit l'avoir observé chez des personnes qui avaient éprouvé de vives douleurs par des opérations chirurgicales ou pendant l'accouchement. Enfin nous rappellerons que, dans un travail précédent (6), nous avons noté, comme un fait très-commun, la contraction spasmodique de l'extrémité supérieure de l'œsophage, alors qu'il existe dans sa portion inférieure un rétrécissement organique.

Symptômes. — Le spasme de l'œsophage survient ordinairement tout-à-coup, souvent même au milieu d'un repas et dans un état de santé parfaite. Monro (7) parle d'un individu, déjà âgé, qui, deux fois dans le cours de sa vie, fut tout-à-coup, au milieu de son dîner, pris d'un spasme de l'œsophage qui l'empêcha d'avaler. La première attaque dura quelques heures seulement, et fut dissipée au moyen d'un lavement anodin; la seconde dura quatre jours. Cette circonstance de l'invasion de la maladie pendant le repas en a souvent imposé aux malades, et leur a fait croire qu'un corps étranger s'était arrêté dans l'œsophage (8).

Les symptômes que l'on observe dans la dysphagie spas-

(1) *Journal universel.* T. XXXIX, p. 287.
(2) *Loc. cit.*, p. 19.
(3) *Biblioth. médicale.* T. XVI, p. 246.
(4) *Ibid.* T. XXXII, p. 109.
(5) *Anatomie médicale.* T. IV, p. 536.
(6) *Archives de Méd.* T. XXV, p. 358.
(7) *Loc. cit.*, p. 264.
(8) *Voyez* une obs. *Journal universel.* T. XXXVI, p. 107.

modique varient selon le point de l'œsophage affecté. Lorsque le spasme occupe le pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage, la déglutition est tout-à-fait impossible, les alimens sont rejetés de suite et avec force. La déglutition s'opère, au contraire, lorsque la constriction existe dans un point rapproché de l'estomac; mais arrivé à ce point, le bol alimentaire est arrêté; et peut, ou séjourner long-temps dans l'œsophage, comme Monro (1) l'a vu, ou être bientôt ramené dans la bouche par un mouvement de régurgitation, suivi d'une douleur vive qui, commençant au pharynx, se propage jusqu'à l'estomac (2). Cette régurgitation n'est pas toujours douloureuse : chez le malade dont M. Latourette nous a communiqué l'observation, le bol alimentaire était ramené sans douleur dans la bouche, et une seconde déglutition le faisait ordinairement parvenir dans l'estomac. Courant rapporte qu'il a vu le bol alimentaire rester pendant un certain temps comme enfermé dans l'œsophage, être ramené successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, et être enfin tout-à-coup, ou rejeté avec violence au dehors, ou précipité dans l'estomac (3).

Nous aurons occasion de mentionner plus bas quelques anomalies que présente le spasme de l'œsophage; mais nous croyons devoir faire connaître dès à présent celle dont Hoffmann (4) a été témoin. Cet auteur a vu une femme qui pendant long-temps fut tourmentée de cette maladie, et qui offrit cette particularité que, dans le commencement, il n'y avait que le dernier bol alimentaire qui était arrêté dans l'œsophage, et que, pour le faire arriver dans l'estomac, elle était obligée de boire beaucoup. Spies (5) rapporte un

(1) *Loc. cit.*, p. 64.
(2) Zimmermann, *Acta Helvetica*. T. II, p. 96.
(3) *Loc. cit.*, p. 16.
(4) *Loc. cit.*, p. 474.
(5) *De deglutitione istiusque læsione, et læsionis therapiâ*. Helmstadii, 1727, in-4.°

fait semblable, que Morgagni (1) a eu tort, ce nous semble, de considérer comme une paralysie.

Quelquefois, lorsque les malades mâchent lentement et long-temps les alimens, et qu'ils saisissent l'instant favorable, qu'ils trompent pour ainsi dire le spasme de l'œsophage (*ut, si ità loqui fas est, gulæ spasmum falleret*, dit Courant qui a observé un cas de ce genre), ils peuvent avaler les liquides et même les solides.

Toutefois ce n'est pas toujours impunément que les malades essaient d'avaler des alimens solides ou liquides. Chez un malade, dont nous avons déjà parlé en énumérant les causes de l'œsophagisme, la déglutition de la moindre quantité de liquide produisait de violens spasmes qui l'obligeaient à se cramponner à son lit, et à renverser fortement la tête en arrière; la face devenait d'un rouge livide (3). Un autre perdait connaissance, et faisait entendre un bruit semblable à celui que ferait un homme en se gargarisant (4). Hoffmann en a vu un tomber dans des des angoisses inexprimables, parce que les alimens qu'il avait essayé d'avaler ne pouvaient ni être rejetés par régurgitation, ni entraînés dans l'estomac par des liquides, moyen qui lui réussissait quelquefois.

Les symptômes que nous venons d'énumérer ne deviennent sensibles que quand les malades essaient d'avaler. Ceux que nous allons exposer existent ordinairement pendant toute la durée des accès, et sont toujours augmentés par la déglutition.

Les malades éprouvent ordinairement, dans le trajet de l'œsophage, de la gêne, qui, chez quelques-uns, se change en

---

(1) *De sedibus*, etc. Lib. III, epist. XXVIII, art. 14.
(2) *Loc. cit.*, p. 37.
(3) *Clinique médicale*. T. II, p. 8.
(4) *Ancien Journal*. T. XIII, p. 43.
(5) *Loc. cit.*, p. 477.

constriction douloureuse. Tantôt cette sensation suscite des efforts d'expectoration et fait craindre la suffocation, tantôt elle donne lieu à des efforts violens pour vomir; quelquefois à des vomissemens et au rejet d'un mucus abondant et limpide. Les malades ont souvent la sensation d'une boule qui, de l'estomac, remonte au pharynx, et les empêche de respirer librement. Hoffmann a donné des soins à un malade qui éprouvait, surtout la nuit, la sensation de la présence d'un *œuf de pigeon*, tantôt à la partie supérieure, tantôt à la partie inférieure de l'œsophage, près le cardia. Cette sensation disparaissait momentanément après qu'il avait rejeté beaucoup de vents, mais elle revenait bientôt après.

On observe fréquemment le hoquet et une douleur plus ou moins vive à la région précordiale. Lorsque les accès sont violens, il y a impossibilité complète d'avaler, et gêne considérable de la respiration. Souvent il existe une soif vive et d'autant plus incommode, que les malades ne peuvent la satisfaire. Ce symptôme a été observé par Hoffmann, Courant, et par nous-mêmes chez la malade dont nous avons parlé; ce qui semblerait confirmer l'opinion du docteur Perrier (1), qui disait en parlant de la soif: « Mais elle dépend souvent d'une espèce d'état nerveux et convulsif du pharynx et de l'œsophage. » Au reste, cette opinion, qui consiste à faire regarder l'œsophage comme le siége de la soif, a été professée par plusieurs physiologistes, et lorsque nous soutînmes notre thèse (2), M. Adelon la professa également. M. Alard a aussi admis cette manière de voir; mais tout occupé du grand rôle que jouent, selon lui, dans les divers phénomènes de l'économie animale, les vaisseaux lymphatiques, c'est en eux qu'il en place le siége. « L'irri-

(1) Thèse. Paris, 1802, N.° 143, p. 57.
(2) *Recherches sur l'inflammation de l'œsophage*, etc. Thèse. Paris, 1827. N.° 118.

tation des vaisseaux absorbans, dit-il, se propageant dans toute la longueur de l'œsophage et dans l'intérieur du gosier et de la bouche, décide la sensation de la soif (1).

Souvent le spasme se propage aux organes de la respiration, et aux accidens que nous avons énumérés viennent se joindre tous les phénomènes d'une suffocation imminente; la voix est éteinte, la respiration se fait par saccades et à de longs intervalles.

C'est dans des cas de cette nature, où l'éréthisme nerveux est devenu général et est porté à un degré très-élevé, que que l'on a vu, surtout lorsque l'imagination vient aggraver encore ce trouble profond de l'économie, survenir par la respiration d'un air frais, par la déglutition ou seulement à la vue d'un liquide, ces accidens terribles et trop souvent mortels, dont l'ensemble a reçu le nom d'hydrophobie.

Nos annales ne renferment que trop d'exemples où une funeste prévention a voué à une perte certaine des individus qu'une thérapeutique mieux entendue et surtout des soins moraux auraient pu arracher à la mort. Le jeune homme dont nous avons rapporté plus haut l'observation, et qui présentait déjà la plupart des symptômes de la rage, n'aurait-il pas succombé, si le retour de son chien, après neuf jours d'absence, ne l'avait soustrait à la funeste influence d'une imagination frappée.

Loin de nous l'idée de nier l'existence du virus rabique. Trop de faits sont là pour nous convaincre. Mais aussi nous pensons que si un esprit droit apportait dans l'examen des observations publiées sous le nom de rage une critique sévère, on les verrait réduites à un très-petit nombre. Une imagination frappée, l'inflammation des membranes encéphalo-rachidiennes, celle de l'œsophage, et le spasme, soit idiopathique, soit symptômatique de ce conduit, sont les

(2) *De l'inflammation des vaisseaux lymphatiques*, 2.e édit. Paris, 1824, 2 vol. in-8.o fig. T. II, p. 38.

causes qui ont donné lieu à plus de méprises de ce genre. Notre opinion est fondée sur de nombreuses lectures auxquelles nous nous sommes livré relativement à l'histoire et surtout à l'anatomie pathologique de la rate; et si les recherches auxquelles nous nous livrons encore nous conduisent à quelques résultats satisfaisans, nous nous empresserons de les faire connaître.

Nous avons déjà indiqué une des anomalies que peut présenter le spasme de l'œsophage, relativement à la déglutition; et comme celles qui nous restent à exposer sont très-nombreuses, nous nous contenterons de signaler les principales. Tantôt les boissons chaudes passent plus facilement que les froides, tantôt le contraire a lieu; le plus ordinairement les liquides seuls peuvent être avalés, d'autres fois ce sont les substances solides seulement. Elsolenius (1) a vu un homme qui avalait sans difficulté les alimens tant solides que liquides lorsqu'ils étaient chauds, et qui, aussitôt qu'il essayait d'avaler quelque chose, seulement à la température de l'atmosphère, sentait une espèce de raclement dans le gosier; l'orifice de l'estomac se resserrait, et l'aliment restait dans l'œsophage jusqu'à ce qu'il eût bu quelque chose de chaud; alors l'orifice cardiaque se dilatait et le bol alimentaire pénétrait dans l'estomac. Thomas Percival (2), Bleuland (3), citent des cas semblables. Le contraire s'observe aussi, et nous verrons même, à l'article du traitement, que la glace a dissipé quelquefois la maladie. Courant (4) a vu les alimens solides parcourir aisément toute l'étendue de l'œsophage, et les liquides ne pouvoir être avalés, ou ne parvenir dans

(1) *Medicinische und chirurgische Beauserkungen.* Francfort sur le Mein, 1789, in-8.°, ou *Ancien Journal*, T. LXXXVI, p. 281.

(2) *Medical Transactions published by the College of physicians in London.* 1772, in-8.° T. II, art. 8.

(3) *Loc. cit.*, p. 56.

(4) *Loc. cit.*, p. 16.

l'estomac que goutte à goutte. Dumas (1) a donné des soins à une malade chez laquelle aussi la déglutition des solides se faisait plus facilement et avec moins de douleur que celle des liquides. Enfin, nous rappellerons qu'Hoffmann cite une femme chez laquelle ce n'était que le dernier bol alimentaire qui restait dans l'œsophage.

Le spasme de l'œsophage n'a point de durée fixe. Il peut n'exister que 24 heures, ou se prolonger, sans la moindre rémission, pendant des jours entiers. Osterdyk (2) en a vu un durer douze jours sans la moindre relâche. Ce dernier cas est rare, car si l'œsophagisme se prolonge pendant des mois et même des années, comme Zimmermann l'a observé chez une dame qui en était atteinte depuis cinq ans, et que l'on avait condamnée comme ayant un rétrécissement organique, il y a toujours des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels les malades peuvent facilement avaler. Cette maladie peut même revêtir une marche intermittente : du moins nous croyons devoir rapporter à cette affection l'observation d'une gêne à avaler accompagnant une fièvre intermittente et se montrant chaque jour avec une intensité très-inquiétante. Le quinquina arrrêta cette maladie (3). Dumas a observé un fait analogue (4).

Le spasme de l'œsophage étant rarement mortel, on a eu peu d'occasions d'observer les lésions anatomiques qu'il laisse à sa suite. Sans doute dans les spasmes récens, le resserrement s'efface tout-à-fait, quand la cause qui l'a produit vient à disparaître : mais en est-il de même dans les cas où la maladie a eu une longue durée ? Nous ne connaissons aucun fait qui l'établisse d'une manière positive. Nous dirons cependant que Baillie (5), sans rapporter d'observations,

(1) *Consult. et obs. de médecine.* Paris, 1824, in-8., p. 428.
(2) Bleuland. *Loc. cit.*, p. 56.
(3) Desgranges, *Journal de Leroux, Boyer et Corvisart.* T. IV, p. 226.
(4) Boisseau, *Pyrétologie physiologique.* Paris, 1824, in-8.°, p. 97.
(5) *Anatomie pathologique.* Paris, 1802, in-8.°, p. 97.

dit qu'après la mort on trouve l'œsophage plus ou moins contracté dans une partie quelconque, et plus dur que dans l'état naturel, que Howship l'a vu resserré dans un point, mais sans altération aucune des tissus, et que M. Larrey (1) a trouvé le pharynx et l'œsophage contractés avec force, sur quelques cadavres de tétaniques.

Pour terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, nous dirons que Monro (2) pense que la muqueuse de l'œsophage affecté de spasme peut faire hernie à travers les fibres musculaires, et former une poche plus ou moins volumineuse; et que Charles Bell (3), en parlant de dilatations que présentent quelquefois le pharynx et l'œsophage, dit qu'elles peuvent reconnaître pour causes les efforts répétés pour exécuter la déglutition, alors que l'œsophage est atteint de spasme. Nous ne faisons qu'indiquer ici ces faits que nous apprécierons à leur juste valeur, en présentant l'histoire des dilatations congéniales et accidentelles du tube pharyngo-œsophagien.

Traitement. — La nature seule de la maladie dont nous nous occupons semble assez indiquer dans quelle classe de médicamens il convient d'aller chercher des armes pour la combattre. Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur l'œsophagisme, tous s'accordent bien sur les bons effets que l'on retire généralement des médicamens dits antispasmodiques et narcotiques; mais ils se taisent sur leur mode d'administration, et ne parlent point de quelques autres moyens thérapeutiques, qui comptent cependant plus de succès, et d'autant plus importans à connaître que les premiers échouent souvent. Ainsi, c'est en vain que Dumas donna à la malade dont nous avons parlé d'après lui, les antispasmodiques sous toutes les formes à l'intérieur comme à l'ex-

(1) *Mém. de Méd., Chir. et Pharm. militaires.* T. XIV, p. 175.

(2) *Morbid Anatomy of the gullet, stomach and intestins.* Edinburgh, 1811, in-8.°, p. 252.

(3) *The Lancet.* T. XII, p. 706.

térieur. Alors même que les antispasmodiques n'échoueraient pas aussi souvent, il restorait encore, comme nous le disions tout-à-l'heure, à déterminer quelle serait la manière la plus favorable de les administrer. Les auteurs classiques nous laissant à cet égard dans une ignorance complète, nous allons tâcher, toujours d'après l'expérience, car c'est à l'aide de son flambeau seulement qu'il faut marcher, d'établir à cet égard quelques données plus positives.

Si nous réfléchissons combien sont différens les résultats que l'on obtient dans le traitement de la sciatique, par exemple, selon que l'on donne les médicamens appropriés à l'intérieur, ou qu'on les dépose à la surface de la peau de la cuisse dénudée ou non, on se convaincra facilement qu'il ne peut être indifférent dans l'œsophagisme, de confier les médicamens à telle partie ou à tel organe. Eh bien! ce que nous ne faisons que supposer a reçu encore, dans ce dernier cas, la sanction de l'expérience. C'est ce qui est résulté pour nous de la lecture des faits nombreux sur lesquels repose entièrement ce mémoire.

Nous ne connaissons qu'un seul fait (1) où les antispasmodiques donnés à l'intérieur seulement aient été suivis de succès. Ces derniers sont au contraire fréquens, quand ces médicamens ont été appliqués localement soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

Ainsi, Chambon de Montaux (2) guérit facilement un spasme de l'œsophage, en couvrant le cou de cataplasmes faits avec la jusquiame et la ciguë. Thomas Percivall (3) l'a

---

(1) M. Jourdan, qui cite ce fait, n'indique point la source où il l'a puisé, de sorte que nous n'avons pu le vérifier. Il est dit que Jonhston ne craignit pas de faire prendre quinze gouttes de teinture thébaïque toutes les quatre heures, et à la sixième prise, le spasme, qui était des plus violens, cessa pour ne plus jamais reparaître. (*Dict. des Sc. méd.* en 60 vol., T. X, p. 444.)

(2) *Observ. clinicæ.* Parisiis, 1789, in-4.°, p. 189.

(3) *Loc. cit.*, p. 90.

vu disparaître, on faisant arriver dans la bouche des vapeurs d'*asa fœtida* dissous dans une infusion de plantes aromatiques. Aird (1), Zimmermann, Monro, Hoffmann, Courant, ont obtenu de semblables succès. Plus récemment, M. Suchet (2) a rapporté une observation qui confirme parfaitement cette donnée thérapeutique. « Nous fûmes appelés, dit ce médecin, pour secourir un jeune serrurier, affecté d'un spasme convulsif qui siégeait dans le diaphragme, l'œsophage et les muscles pectoraux, cervicaux et maxillaires. Ce jeune homme, en proie aux souffrances les plus aiguës, grinçait les dents, se mordait la langue et la lèvre inférieure, s'agitait violemment et poussait des cris effrayans; la respiration était haute, précipitée, et les fonctions encéphaliques anéanties. Si, par fois, le trisme, moins grand, permettait qu'on pût placer un verre entre les arcades dentaires, il faisait, pour avaler, des efforts très-pénibles et presque toujours infructueux. Lorsque la *rejection* des médicamens n'avait pas lieu, ils parcouraient avec des difficultés inouïes le tube œsophagien, et tombaient dans l'estomac, en produisant un bruit semblable à celui d'un liquide qui, versé dans un tuyau d'airain, aurait été reçu dans un vase de même métal. Des frictions faites sur les régions thoracique, trachélienne, frontale et temporale, avec une mixtion où entraient l'éther acétique et l'opium de Rousseau, assoupirent en peu de temps les muscles convulsés, et bientôt le malade recouvra et la faculté d'avaler et l'usage de l'intellect. ».

On conçoit facilement quelle application heureuse on peut encore faire ici de la méthode endermique, comme le prouve l'observation suivante dont nous présenterons seulement le résultat. Une femme, âgée de 23 ans, d'une constitution nerveuse, était depuis quinze jours atteinte de

(1) *Obs. de médec. de la Société d'Edimbourg*, T. I, p. 332.
(2) *Journ. complémentaire*, T. XV, p. 248.

spasme de l'œsophage qui avait résisté à divers moyens. Le docteur Omboni fit appliquer un petit vésicatoire au-dessous du larynx, à la partie antérieure du cou. Quand la vésicule fut levée et la plaie à découvert, on put s'assurer, en donnant à boire à la malade, que la dysphagie était toujours la même, et déterminait toujours le même état (hoquet et convulsions épileptiformes) malgré l'application simple du vésicatoire. La plaie fut ensuite saupoudrée d'un demi-grain de sulfate de morphine et recouverte d'un linge enduit de cérat. *Au bout de quelques heures de cette application*, la malade put boire et manger sans éprouver aucun symptôme nerveux, à l'exception d'un léger resserrement de l'œsophage, plus prononcé dans la déglutition des alimens solides. Le lendemain, on mit sur la plaie la même dose de sulfate de morphine, et, comme les accidens ne reparurent plus, on laissa cicatriser la plaie du vésicatoire au bout de quelques jours. La malade put boire et manger avec la même facilité que dans l'état de parfaite santé (1).

Un tel fait n'a pas besoin de commentaires. C'est le seul cas d'œsophagisme, à nous connu, où la méthode endermique ait été mise en usage. Mais comme point de comparaison, nous avons pris plus haut la sciatique, nous ne croyons pas inutile de dire qu'à Paris nous avons guéri, comme par enchantement, une névralgie fémoro-poplitée, qui avait éludé l'action d'un grand nombre de médicamens, en saupoudrant la plaie d'un vésicatoire placé sur la tête du péroné, avec un demi-grain d'hydrochlorate de morphine.

D'après les faits que nous avons rapportés ou indiqués, les préparations d'opium et les sels de morphine semblent devoir être préférés. Cependant si, comme le prétend Pinel (2), le camphre avait réellement une ac-

(1) *Annali univ. di Méd.*, août 1829; ou *Archives de Méd.* T. XXI, p. 438.

(2) *Nosographie.* T. III, p. 153.

tion spéciale sur l'œsophage, on devrait employer aussi ce médicament.

Les préparations mercurielles comptent quelques succès. J. Abernethy (1) a guéri par leur moyen trois malades, et J. Brisbane (2) a dissipé, chez une jeune femme hystérique, un spasme de l'œsophage par des frictions mercurielles qui déterminèrent une légère salivation. Everard Home (3) et M. Trucy (4) ont obtenu le même résultat de frictions faites sur le col avec l'onguent mercuriel, dans des cas où un grand nombre de médicamens avaient été inutilement employés.

Quelques guérisons ont été obtenues par l'électricité. Duncan, Thomas-Percival, Courant, Jean-Hunter (5) en rapportent des observations; et Monro (6) dit que Gregorius lui a communiqué celle d'une jeune fille hystérique qui, depuis plusieurs jours, était atteinte de dysphagie spasmodique, et fut promptement guérie par une étincelle électrique déchargée dans son gosier. Ne pourrait-on pas employer, dans les mêmes circonstances, l'acupuncture ou l'électro-puncture? Les observations et expériences de M. Bretonneau qui a pu impunément enfoncer des aiguilles dans l'estomac et le cœur sont bien suffisantes pour empêcher de craindre de traverser ainsi l'œsophage.

Les boissons froides et la glace ont réussi dans quelques cas. Chez une dame, dont nous devons l'observation à M. Blanc (7), de Marseille, le spasme de l'œsophage durait depuis quatorze jours et à un tel point que pendant ce laps de temps aucune substance solide ou liquide ne put être

(1) *Journal Medical and Chirurgical*. T. XVI, p. 277.

(2) Courant. *Loc. cit.*, p. 33.

(3) *Loc. cit.*, p. 264.

(4) *Soc. de Méd. de Marseille*, année 1817, p. 44.

(5) *Transact. of a Society for the improvement of Med. and Chir.* T. I.er, p. 184.

(6) *Loc. cit.*, p. 65.

(7) *Ancien Journal*. T. XXVII, p. 555.

avalée. Les bains froids, la glace autour du cou, les révulsifs, etc., avaient vainement été employés. Ce spasme disparut subitement par de la glace mise dans la bouche. La déglutition devint si libre et si aisée que deux verres d'eau furent aussitôt avalés. Monro et Tode (1) ont obtenu un pareil résultat. A ce sujet, nous rappellerons qu'un assez grand nombre d'auteurs attribuent au spasme de l'œsophage la difficulté d'avaler qu'éprouvent les personnes atteintes de la rage, et cette opinion nous paraît fondée; mais si cette dépendance venait à être prouvée, il s'en suivrait que dans des cas de spasme de l'œsophage, qui résisteraient aux moyens indiqués dans ce mémoire, il conviendrait d'employer le vinaigre donné par la bouche et en lavement, puisque le docteur Cassan (2) dit que l'usage de ce liquide a rendu la déglutition facile chez un jeune homme atteint de la rage.

Il nous reste à parler maintenant d'un moyen qui semble réunir le plus de succès en sa faveur, nous voulons dire l'emploi des sondes. Beaucoup d'auteurs qui pensent que la dilatation au moyen des bougies peut être très-nuisible dans les cas de rétrécissement organique, la regardent au contraire comme très-utile dans les rétrécissemens spasmodiques, s'appuyant sur les bons effets que l'on en retire dans les affections analogues de l'urètre.

Gerbesius (3), Everard Home (4), Autenrieth (5), Monro (6), Abercrombie, Howship (7), Stevenson (8),

---

(1) *Diss. advers. med. pract.* Hafn. 1729, p. 14.

(2) *Archives de méd.*, T. VII, p. 91. — *Voyez* des faits semblables, *Hist. de la Soc. roy. de Méd.*, années 1777, 1778.

(3) *Ephem. Germ.*, dec. 3, ann. III, obs. 5, p. 6.

(4) *Bibliot. médicale.* T. VIII, p. 263.

(5) *Ibid.* T. XXIV, p. 404. C'est par une analogie forcée que l'auteur attribue la dysphagie dont il parle au cours anormal de l'artère sous-vière gauche. (*Dysphagia lusoria.*)

(6) *Loc. cit.*, p. 269.

(7) *Loc. cit.*, p. 44.

(8) *Medical and Physical Journal.* T. VIII, p. 35.

citent un ou plusieurs cas dans lesquels ils ont obtenu un succès complet. Et ici encore, si nous voulions, comme pour les rétrécissemens organiques de l'œsophage, invoquer l'analogie que présentent les affections spasmodiques de ce canal avec celles de l'urètre et du rectum, nous pourrions citer un très-grand nombre de faits concluans. Mais pour ne pas donner trop d'étendue à ce mémoire, nous nous bornons à signaler cette analogie, et à indiquer seulement les faits qui prouvent l'efficacité de la compression dans les contractions spasmodiques de l'œsophage. Nous rapporterons cependant l'observation de Stevenson.

Une femme d'une constitution nerveuse et irritable, fut, vers l'âge de vingt ans, attaquée d'une violente *cynanche* maligne. Devenue bientôt mère, sa santé fut pendant quelques années très-délicate, et elle ne tarda pas à éprouver quelque difficulté à avaler, accompagnée de douleur et de salivation. Le traitement qui fut administré consista en apéritifs, sangsues et vésicatoires. Malgré ces moyens, la déglutition devint de plus en plus difficile, et la malade fut incapable d'avaler des alimens solides. Chargé du traitement à cette époque, M. Smith, de Nottingham, administra le mercure qui détermina une salivation qui dura trois mois. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes diminuèrent, la déglutition devint plus facile, et la malade put avaler des alimens d'une consistance assez grande. Ce mieux ne fut que d'une courte durée, car aussitôt que la malade fut sortie de l'état de faiblesse où l'avait jeté la salivation, la dysphagie reparut, et même avec plus d'intensité.

Lorsque le docteur Stevenson fut appelé à lui donner des soins, elle avait près de quarante ans, et depuis sept elle ne pouvait soutenir sa frêle existence qu'au moyen d'alimens liquides, et ce n'était qu'avec beaucoup d'efforts qu'elle pouvait en avaler une tasse, et encore une partie était rejetée par la régurgitation, avant que l'autre fût parvenue

dans l'estomac. La douleur que la malade éprouvait alors était si vive, que souvent elle était prise de convulsions. Tel était l'ensemble des symptômes que présentait cette malheureuse, que plusieurs praticiens recommandables consultés avant M. Stevenson la condamnèrent à périr d'inanition.

L'auteur ne crut pas cependant devoir l'abandonner, et proposa comme dernière ressource la dilatation mécanique. La malade y consentit avec empressement. Une bougie ordinaire fut en conséquence poussée jusqu'à la partie inférieure du pharynx. Là elle rencontra un obstacle résistant, et comme la pression exercée était assez grande, l'instrument se courba en plusieurs sens. M. Stevenson lui substitua alors une petite sonde enduite d'huile. Il parvint, non sans beaucoup de peine et d'efforts, à lui faire franchir l'obstacle: après quoi il pénétra facilement jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage, où il rencontra un second obstacle. Après de nouveaux efforts pour le franchir, la sonde parvint tout-à-coup dans l'estomac; elle fut retirée avec précaution, et quand la douleur et l'irritation qu'elle avait produites furent un peu appaisées, on lui donna de la semouille. En essayant d'avaler, elle s'aperçut que le premier obstacle avait disparu, et elle but environ une pinte de ce liquide. Bientôt l'opération fut réitérée avec une sonde d'un calibre plus considérable, à quelques jours d'intervalle; et après une quatrième introduction, la malade fut capable d'avaler, sans la plus légère incommodité, des alimens solides, et depuis les accidens ne reparurent pas.

Ce moyen réussit également chez la fille de cette malade. Elle était alors âgée de vingt ans, d'une constitution nerveuse, et avait, depuis sa naissance, été tourmentée presque constamment par la même maladie que sa mère.

Si, dans quelques cas, il a suffi de la simple introduction de la sonde pour obtenir une guérison complète, comme

chez le malade d'Everard Home, il est le plus ordinairement nécessaire de la répéter plusieurs fois. La sensibilité et l'irritabilité de l'œsophage peuvent être développées au point que cette introduction devienne extrêmement douloureuse ou même impossible. Dans le premier cas, il faudra enduire la sonde d'extrait de belladone, moyen qui a complètement réussi au docteur W. Chevallier, dans des rétrécissemens spasmodiques de l'urètre (1). Dans le second il conviendra d'introduire une sonde assez volumineuse jusqu'à l'endroit rétréci, et de la laisser quelque temps en contact avec cette partie. Par là on obtiendra souvent la cessation du spasme. C'est par ce moyen que MM. Dupuytren et Lisfranc (2) ont fréquemment fait cesser le spasme qui complique certains rétrécissemens de l'urètre. Presque toujours, et Monro et Howship en ont fait la remarque, au moment où la sonde se trouve en contact avec la partie affectée de spasme, celui-ci augmente, il survient des contractions qui repoussent l'instrument; mais en maintenant ce contact et augmentant graduellement la compression, le spasme cesse ordinairement, et la sonde peut être introduite.

Sans doute il est encore plusieurs moyens qui pourraient réussir dans la maladie dont nous nous occupons; mais nous nous sommes attaché à indiquer surtout ceux dont l'expérience a confirmé l'efficacité. Nous ajouterons seulement que les bains tièdes prolongés et un vésicatoire à l'épigastre ont réussi une fois à Pomme le fils et à Dumas.

Si l'imagination était la cause première de la maladie, il faudrait avoir recours à la médecine morale, et employer, selon les circonstances, des moyens analogues à celui qui a si heureusement réussi à M. Boyer, et qui décèle le praticien habile.

(1) *Archives de Méd.* T. XIII, p. 92.
(2) *Leçons orales*, 1827 et 1828.

Enfin il est presque inutile de dire que dans le traitement de l'œsophagisme il faut tenir compte des complications, avoir égard aux anomalies que cette maladie présente, et ne pas l'attaquer directement quand elle reconnaît pour cause l'influence morbide d'un autre organe.

Observations d'érysipèle de la face traité avec succès par des fomentations alcoholiques réfrigérantes; par le docteur* Gouzée, *médecin et chirurgien principal de l'hôpital militaire d'Anvers, membre de la commission de surveillance médicale de la province.

On sait la tendance qu'ont les érysipèles de la face et du cuir chevelu à gagner le cerveau et les méninges. Pour la vaincre, pour éviter ses suites si souvent funestes, il ne suffit pas d'éloigner les excitans naturels de l'encéphale, une lumière trop vive, le bruit, les passions, et d'empêcher, par une abstinence rigoureuse, que les sympathies de cet organe avec le tube digestif ne viennent à être éveillées : pour peu que la maladie soit grave, il est encore nécessaire d'opposer au mal des moyens directs, afin de calmer la violence de l'inflammation érysipélateuse elle-même.

Parmi les agens propres à faire atteindre ce but, les déplétions sanguines, et surtout les saignées locales, doivent être en général placées au premier rang. Mais pourquoi n'aurait-on pas recours aussi à des fomentations réfrigérantes appliquées sur la partie enflammée? Il est un préjugé généralement répandu et partagé par beaucoup de médecins, c'est que les applications froides sur l'érysipèle peuvent en occasionner la répercussion. Nous sommes de cet avis quand le liquide qu'on emploie contient des irritans : tout ce qui augmente l'inflammation augmente aussi la propension qu'a la maladie de se propager à d'autres organes. Mais il n'en est pas ainsi des fomentations aqueuses auxquelles on

a mêlé de l'alcohol, de l'éther, et qu'on renouvelle à mesure qu'elles s'échauffent. Ces liquides, en se mettant en évaporation, enlèvent à la partie une grande quantité de calorique, et, loin de donner lieu à quelques motifs de crainte pour la répercussion, ils tendent évidemment, au contraire, à diminuer l'état inflammatoire.

Ces réflexions se sont présentées à nous à l'occasion du fait suivant, dans lequel nous avons employé, pour la première fois, les fomentations alcoholisées réfrigérantes.

Obs. I.re — Rose, fusilier, âgé de 33 ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital militaire d'Anvers le 29 avril 1828, ayant une inflammation érysipélateuse à l'oreille gauche, qui était recouverte de grosses phlyctènes. (Eau d'orge acidulée, diète absolue).

Le 3 mai, l'érysipèle avait envahi toute la partie gauche de la face, la région temporale et le nez; les phlyctènes étaient presque confluentes, surtout au nez, et contenaient une sérosité noirâtre; cet organe exhalait une odeur fétide qui ressemblait à celle de la gangrène, et je crus à l'imminence de fâcheux ravages; langue sèche à son centre, soif vive, pouls fort et fréquent, chaleur intense, léger délire. (Saignée du bras, qui fut répétée le soir; dix sangsues à la base de la mâchoire du côté gauche; les phlyctènes sont ouvertes avec la pointe d'une lancette; toute la partie malade et le front sont recouverts de compresses légères mouillées avec une fomentation froide composée de deux onces d'esprit de froment à 15°, mêlées à seize onces d'eau; eau gommée acidulée pour boisson, diète absolue).

Le 4, les accidens généraux n'avaient pas augmenté; l'érysipèle seulement avait gagné le côté droit de la face. (Huit sangsues à la base de la mâchoire à droite, lavement émollient, mêmes fomentations, etc.)

Le 5, diminution de tous les accidens. Le 6, le malade pouvait ouvrir les yeux, dont les paupières étaient auparavant très-gonflées; plus de délire, plus d'excitation fébrile,

Le 7, commencement de desquammation; le nez, que j'avais cru le siége de quelques points gangréneux, apparaît intact. Le 8, il n'était plus nécessaire de continuer l'usage de la fomentation réfrigérante; la face fut lavée de temps en temps avec l'eau de guimauve. Le 10, le malade eut la diète de pain, et le 14, il pouvait manger le quart. La convalescence fût très-courte.

Dans ce cas, les évacuations sanguines, employées concurremment avec les fomentations, ont sans doute été pour beaucoup dans l'issue heureuse de la maladie; mais il nous semble que les applications réfrigérantes ont puissamment contribué à en abréger la durée et à calmer les accidens cérébraux, en diminuant directement la somme d'irritation dans la partie enflammée; elles peuvent ainsi, selon nous, revendiquer une bonne part dans la guérison.

Les bons effets de cette médication sont plus manifestes encore dans l'observation suivante.

Obs. II.e — Maréchal, commis, âgé de 35 ans, d'une faible constitution, sujet à des douleurs rhumatismales, à des irritations profondes dans les yeux, souffrait de nouveau de ces incommodités depuis environ deux mois.

Le 6 mai 1830, un érysipèle se déclare au côté gauche de la face; le lendemain il avait envahi les paupières et les tégumens du front. Les jours suivans, l'inflammation s'avance à droite et vers le cuir chevelu; la sérosité soulève l'épiderme en plusieurs endroits. Le 11, le front est rouge, dur, tendu, douloureux; les tégumens de la tête et l'oreille droite participent à cette tension inflammatoire. Les accidens fébriles, faibles d'abord, ont peu à peu augmenté; le pouls est fréquent, la peau chaude, la langue blanchâtre, mais humide; la soif vive; en outre, la tête s'est troublée graduellement : d'abord il n'y eut que de légères hallucinations peu durables; maintenant le délire est complet et continu; le malade reconnaît à peine ceux qui l'entourent; la nuit il fait des efforts pour sortir de son lit.

Depuis les premiers jours de l'érysipèle, quatre applications de sangsues, de dix à seize chacune, avaient été faites à la base de la mâchoire, aux tempes, derrière les oreilles, aux jugulaires, sans influer en rien sur la maladie. Je ménageais les émissions sanguines à cause de la constitution faible et détériorée du malade. Cependant le 12, une nouvelle application de douze sangsues aux jugulaires devint encore nécessaire. Le malade a toujours la tisane d'orge pour boisson, de temps en temps un lavement émollient, et la diète absolue.

Le lendemain 13, malgré la nouvelle déplétion sanguine de la veille, la maladie continue à marcher avec son cortège d'accidens alarmans; il n'y a pas la plus légère amélioration. La fomentation froide alcoholisée fut alors mise en usage.

J'avais eu, dès le principe, l'intention de recourir à cette médication, mais un mot d'un assistante dont je ne voulais pas heurter les préjugés, sur les prétendus inconvéniens de l'application du froid, me fit différer l'exécution de ce projet que je n'avais au reste pas encore fait connaître. Je voulais d'ailleurs saisir cette occasion d'essayer la méthode antiphlogistique ordinaire. Mais je vis bientôt son insuffisance et ne balançai plus. La fomentation fut donc appliquée le 13, au moyen de compresses posées légèrement sur le cuir chevelu peu garni de cheveux, sur le front, et étendues jusque sur les joues, avec recommandation de tenir les linges constamment humides et froids.

Une prompte amélioration suivit l'emploi de ce moyen. La nuit fut calme, et dès le lendemain 14, la tuméfaction et la rougeur étaient considérablement diminuées. Le 15, le malade reconnaît les assistans; il ne reste plus qu'un peu de gonflement à la tempe et à l'oreille droite. Je fis appliquer, pendant quelques heures, des sinapismes aux pieds pour combattre un reste d'irritation cérébrale annoncée par des hallucinations passagères; mais loin de produire cet

effet, ils augmentèrent les accidens. Le lendemain 16, tout était rentré dans l'ordre. On avait continué jusqu'alors la diète absolue. Le 17, on accorda un peu de bouillon de veau, et on cessa, peut-être un peu trop tôt, l'emploi des fomentations. Cependant, l'amélioration se soutint, et deux jours après la convalescence était confirmée.

On vient de voir que les fomentations réfrigérantes alcoholisées ont été appliquées sans aucun danger dans des cas graves d'érysipèle. Le fait suivant nous offrira l'exemple d'un malade affaibli par une maladie grave, chez qui l'irritation offrait une mobilité remarquable, et qui n'a pas éprouvé cependant le plus léger dommage de l'emploi du même moyen.

IIIe *Obs.* — Hennuy, soldat du train, âgé de 25 ans, ayant la peau blanche et fine, indisposé et toussant depuis cinq jours, entra à l'hôpital le 21 mars 1821, pour une gastro-entérite grave accompagnée d'une forte bronchite. Trois saignées de 14 à 16 onces, les premiers jours, trois applications de 12 sangsues à la poitrine et à l'épigastre les jours suivans, secondées par l'usage des adoucissans et par une diète sévère, domptèrent les accidens, et le malade parut près d'être convalescent dans les premiers jours d'avril.

Cependant, le 4, un gonflement se montra à la parotide droite; le 5, la tuméfaction était considérable et avait réveillé les symptômes fébriles. Deux applications de huit sangsues chacune calmèrent ces nouveaux accidens, et le 7 il restait à peine un peu de tuméfaction. Mais une rougeur érysipélateuse s'était manifestée à la joue gauche, et le 8 elle avait envahi toute la joue et le front. La fomentation alcoholisée fut aussitôt mise en usage : la rougeur diminua bientôt graduellement, et en moins de trois jours, elle avait totalement disparu. Le 13, nouvel érysipèle à la joue droite, nouvelle application de la fomentation. La rougeur s'effaça de nouveau peu-à-peu, et au bout de trois jours la conva-

lescence était déclarée. Il n'est pas inutile de faire observer qu'une diète sévère fut continuée jusqu'à la cessation complète des accidens. La convalescence fut longue. Ces irritations graves et multipliées avaient profondément affaibli le malade ; il avait en outre de l'œdème aux pieds. Il sortit vers le milieu de juin.

On a vu, dans les deux premières observations, que la gravité de la maladie nous a obligé de joindre les évacuations sanguines aux fomentations froides. Mais lorsque la maladie est moins grave, nous employons la fomentation seule. Dans tous les cas, nous avons soin de recommander en même temps une diète sévère, les boissons adoucissantes et le repos. Nous avons eu recours un grand nombre de fois, depuis cinq ans, à ce mode de traitement ; nous l'avons employé dans une foule de cas, soit que l'érysipèle fût léger, soit qu'il fût grave, fixe ou erratique, simple ou compliqué; et loin de jamais occasionner d'accidens, il nous a constamment paru calmer promptement l'inflammation cutanée, abréger ainsi la durée de la maladie et diminuer en même temps les chances fâcheuses qui lui sont propres.

Compte rendu de la clinique de la Pitié, pendant les mois de novembre, décembre 1832 *et janvier* 1833 ; *par M.* Martin Solon, *agrégé à la Faculté, chargé par intérim de ce service. — Leçon du* 10 *avril. —* I.re partie, *contenant les généralités des faits observés.*

C'est surtout par le nombre des faits saillans et consciencieusement rapportés, qu'un *compte rendu de clinique* présente un véritable intérêt. Ce genre de travail met en présence les spéculations théoriques avec les résultats pratiques; il prouve mieux que les plus savantes discussions, l'importance ou la nullité, la justesse ou la fausseté des systêmes qui tour-à-tour envahissent la médecine. Il n'est

pas douteux que, si l'on faisait connaître, par un compte rendu exact et suffisamment détaillé les maladies observées, le traitement mis en usage et les résultats qui l'ont suivi dans chaque service d'hôpital, il n'est pas douteux, disons-nous, qu'on ne parvînt un jour à élever sur des bases plus solides et plus durables la thérapeutique, dont les règles sont encore si incertaines et si variables. Le travail que nous présentons ne saurait avoir une aussi grande portée, le nombre des faits importans qu'il contient est trop peu considérable. Mais si sa forme paraît convenable, nous nous efforcerons de rapprocher ainsi les faits que nous aurons à observer dans les salles confiées à nos soins, et d'en publier les résultats, afin d'apporter à la science la portion de matériaux que les médecins doivent lui fournir, et qui serviront un jour à juger des questions si long-temps débattues.

Une des difficultés les plus grandes pour établir les comptes rendus, c'est le choix de la classification des matériaux qui les constituent. Il est en effet fort difficile de faire entrer dans les cadres nosologiques tracés par les auteurs les cas nombreux et variés que la pratique nous présente. Ces cadres cependant n'auraient dû être formés qu'après avoir réuni une vaste collection de faits coordonnés suivant l'analogie qu'ils offrent entre eux. La classification de Pinel, qui nous a valu les immortels travaux de Bichat sur les membranes, est certainement insuffisante, et bien des observations ne peuvent trouver leur place dans le cadre donné par l'illustre nosographe. La doctrine physiologique n'a pas jusqu'à présent, à notre connaissance, produit cette classification dont nous avions besoin; nous avons donc eu recours à celle qui nous présentait le moins de défectuosités, à celle de Pinel, en lui faisant subir les modifications que les progrès de la science et les faits que nous présentons réclamaient.

Les mois de novembre, décembre 1832, et le mois de

janvier 1833, pendant lesquels nous avons fait le service de l'hôpital de la Pitié, forment un trimestre qui a été remarquable par le froid humide qui a régné pendant presque toute sa durée. L'interruption de cet état météorologique par quelques jours de froid sec, durant lesquels le thermomètre est descendu au-dessous de zéro, et les vents ont soufflé de nord-est, ne nous a pas paru modifier sensiblement la constitution médicale, remarquable surtout par les affections catarrhales qui l'ont constituée. Au reste, ce n'est point par notre service seul qu'il faudrait juger de cette constitution médicale, car pendant que nous manquions de maladies aiguës, d'autres services ou d'autres hôpitaux en offraient un certain nombre. Il est néanmoins vrai que les maladies graves n'ont généralement pas été communes; et si notre faible mortalité l'atteste pour notre service, la diminution proportionnelle du nombre des morts, dans la plupart des hôpitaux, le constate également pour l'ensemble de la constitution médicale. Ce résultat s'observe ordinairement à la suite des épidémies meurtrières. Le grand nombre de valétudinaires enlevés par le choléra explique suffisamment comment les maladies ont été moins communes et la mortalité moins considérable pendant les mois qui ont suivi les ravages effrayans de cet horrible fléau.

Fièvres. — Sur les 203 malades dont l'état a été noté pendant ce trimestre, nous avons observé 17 cas dans lesquels il était impossible de localiser d'une manière parfaite l'affection que nous avions sous les yeux. Toute l'économie semblait participer à la maladie. Nous avons cru devoir comprendre ces affections dans cette classe que les nosologistes ont désignée sous le nom de *fièvres*, parce que l'ensemble des phénomènes que ce mot désigne forme un des symptômes les plus constans de la maladie.

Fièvre ataxique. — Deux cas ont été désignés sous le nom de fièvre ataxique, parce que le désordre, l'incohérence et la succession des symptômes variés que nous

avons observé, pendant la marche de la maladie, nous empêchaient d'en rattacher l'ensemble à l'une des affections locales plutôt qu'à l'autre. Pensant que le système nerveux plus ou moins troublé devait lier entre eux ces différens symptômes, nous aurions pu désigner la maladie sous le nom de *fièvre nerveuse;* mais le sens attaché à cette expression, et l'existence de lésions appréciables de différens organes, s'opposaient à l'adoption de cette dénomination. Nous avons préféré celle qui indique l'irrégularité que les deux cas soumis à notre observation ont présentée. On jugera de cette irrégularité par le peu de mots suivans.

Celui des deux malades qui a succombé était un ancien tisserand âgé de 45 ans, qui s'adonnait depuis trois semaines seulement à la préparation du blanc de céruse, et dont le moral était vivement affecté par sa position misérable. Quelques jours après son entrée à la fabrique de blanc de céruse, cet homme éprouve des coliques et de la constipation; il prend quelques boissons irritantes et un médicament, probablement de l'émétique, qui donne lieu presqu'aussitôt à de nombreux vomissemens. N'étant pas soulagé, il entre à la Pitié le 1.er décembre. Les symptômes de la colique saturnine sont bien caractérisés; ils sont cependant compliqués de quelques symptômes légers d'irritation gastrique. Des lavemens purgatifs rétablissent les garde-robes, et sont bientôt suivis de la convalescence. Deux jours après des douleurs rhumatismales se développent dans les membres; à celles-ci succède une rhumatalgie abdominale intermittente qui cède aux lavemens de sulfate de quinine. Un écart de régime donne lieu ensuite au développement d'une irritation gastro-intestinale. Des sangsues placées sur l'abdomen occasionnent une hémorrhagie assez abondante qui affaiblit beaucoup le malade, et laisse le pouls faible et fréquent. Bientôt les piqûres de sangsues déterminent l'apparition d'un érysipèle qui se porte aux membres inférieurs et à la totalité du tronc, malgré l'application de vésicatoires destinés à

à concentrer sa marche ; les facultés intellectuelles se troublent, le scrotum tombe en gangrène. Aux boissons adoucissantes et à l'usage des crêmes de riz, on joint la prescription d'un julep avec addition d'un gros d'extrait de quinquina et d'un pansement chloruré. Le malade succombe le 28 décembre. A l'ouverture du cadavre, nous trouvons une infiltration sous-arachnoïdienne limpide peu marquée ; les tuniques de l'estomac amincies, mais d'une consistance normale ; quelques arborisations peu étendues sur la membrane muqueuse du jéjunum ; le tissu du foie ramolli, et la rate d'une diffluence extrême et d'une couleur livide ; le tissu cellulaire du scrotum infiltré d'une certaine quantité de sanie putride.

Une femme, qui est le sujet de notre seconde observation, a offert la plus grande analogie dans la marche de sa maladie. Les émissions sanguines ont été peu abondantes ; des lavemens de valériane, d'asa-fœtida et de sulfate de quinine, ont dissipé les accidens intermittens et périodiques qu'elle a présentés. Elle est maintenant convalescente d'un érysipèle survenu aux trochanters et au sacrum, et de plusieurs abcès qui se sont développés au sacrum, aux trochanters et dans la profondeur de la fesse droite.

Fièvre typhoïde. — Une seule de nos affections typhoïdes a présenté quelque chose de notable ; c'est celle que nous avons observée sur un tisserand âgé de 18 ans. La stupeur était très-marquée, la langue rouge et sèche, le ventre presque indolent, excepté vers la fosse iliaque ; l'artère radiale donnait 60 pulsations par minutes ; le soir il y avait un frisson marqué ; mais non suivi de chaleur intense ni de sueur. La diète, des boissons acidules et des demi-lavemens composés de décoction de quinquina et de huit grains de sulfate de quinine, terminèrent cette maladie en quelques jours.

On est trop généralement d'accord sur la participation de toute l'économie à l'affection dont il s'agit, pour que

nous ayons besoin d'énoncer les motifs qui nous ont empêché de classer ces maladies parmi nos gastro-entérites simples.

Courbatures. — Quoique dans la plupart des cas l'appareil circulatoire semble spécialement atteint dans l'affection que l'on désigne vaguement sous le nom de courbature, cependant on ne peut nier que les autres appareils ne soient soumis, d'une manière plus ou moins considérable, à l'influence morbide; car si on ne remédie convenablement à ces courbatures, très-souvent elles sont suivies d'affections locales très-graves, dont Hippocrate annonce le développement dans son aphorisme : *Lassitudines spontaneæ morbos prænunciant.* La plupart de ces affections étaient caractérisées par une turgescence pléthorique assez grande, une fièvre vive, une céphalalgie prononcée, de l'inappétence. Toutes ont cédé promptement à la diète et aux délayans, les unes après des évacuations sanguines naturelles et spontanées, telles que l'apparition des règles ou d'une épistaxis; les autres après l'emploi d'une saignée générale ou locale.

Immédiatement après ces courbatures ou ces états pléthoriques, nous avons placé les phlegmasies.

PHLEGMASIES. — Ces maladies ont été observées au nombre de 121. La plupart étaient à l'état aigu, quelques-unes étaient passées à l'état chronique; un petit nombre présentait le développement de ces dégénérescences organiques qu'à l'exemple du professeur Broussais nous avons rapprochées des phlegmasies chroniques, parce que, soit que l'on regarde ces altérations comme le produit d'une modification morbide de la nutrition ou d'une sécrétion anormale de nos tissus, toujours est-il que des traces d'inflammation précèdent, accompagnent ou suivent constamment leur développement.

Phlegmasies cutanées. — *Erysipèle.* — Les cinq érysipèles que nous avons eu à observer n'ont rien offert de bien

remarquable; deux d'entre eux ont envahi la face, et n'ont point été suivis d'accidens cérébraux; les autres occupaient les membres et le tronc; tous ont cédé aux antiphlogistiques. Nous avons de nouveau constaté l'avantage des onctions d'axonge récente faites plusieurs fois par jour, sur la partie affectée, pour calmer la douleur, et peut-être aussi abréger la durée de l'érysipèle. Nous avons déjà, il y dix-huit mois, consigné des résultats analogues dans la *Lancette*.

Variole. — Nos quatre malades atteints de variole confluente n'avaient point été vaccinés; d'eux d'entre eux ont guéri, deux ont succombé. L'un de ces derniers, cordonnier, âgé de 26 ans, d'une forte constitution, est mort le 12.e jour de l'invasion. L'éruption avait été extrêmement abondante, elle s'étendait sur toute la membrane muqueuse des voies aériennes; quelques sangsues avaient été appliquées au col, pour arrêter le développement de l'inflammation laryngée. Ces accidens semblaient devoir se terminer d'une manière heureuse, lorsque le malade succomba pendant la période de suppuration. A l'ouverture du cadavre, plusieurs onces de pus d'un blanc grisâtre, assez épais, s'écoulèrent des voies aériennes, qui en étaient engouées; toute la membrane muqueuse qui les tapisse était recouverte de pustules varioliques. Le malade avait été asphyxié par la suppuration. Nous trouvâmes dans le poumon droit quelques points d'hépatisation circonscrite. Tous les autres organes étaient sains.

Le second de ces malades, passementier, âgé de 33 ans, affecté de chagrins domestiques qui le tourmentaient beaucoup, succomba à une suppuration disséminée dans le parenchyme pulmonaire, le 28.e jour de la maladie. La percussion et l'auscultation pratiquées la veille n'avaient point fait soupçonner ces graves lésions.

Varioloïde. — Parmi les deux malades atteints de varioloïde, se trouvait une femme âgée de 22 ans, qui avait été vaccinée dans sa jeunesse, et qui ne présentait plus les ci-

catrices apparentes de la vaccine. Sa varioloïde se termina en huit jours. L'exanthême de l'autre sujet, ferblantier, âgé de 28 ans, offrit ceci de remarquable, que le malade, non vacciné, contracta sa varioloïde en donnant des soins à son jeune frère atteint de petite-vérole. La durée et la marche de l'affection éruptive de ce jeune frère ne nous ont pas laissé de doute sur sa nature. L'éruption de ce ferblantier parut après trois jours de prodrômes, et se termina en un septénaire.

Nous avons vu à l'hôpital Beaujon, la présence dans nos salles d'un individu atteint de varioloïde, déterminer le développement de plusieurs cas de variole bien caractérisée. Le rapprochement de ces faits, trop peu nombreux sans doute, tendrait du moins à faire présumer une certaine analogie entre la variole et la varioloïde, puisque dans le cas cité plus haut la variole a été l'occasion du développement de la varioloïde, et que dans le dernier la varioloïde au contraire a été la cause probable de l'apparition de la variole.

Miliaire. — Cette fièvre miliaire, développée chez une jeune domestique âgée de 15 ans, fut précédée de trois jours de fièvre et de mal de gorge. Le 5 janvier, l'éruption miliaire se développa sur la voûte palatine, les joues et quelques endroits du col; elle ne s'étendit à aucune autre partie. Le lendemain, elle était terminée. On pouvait croire qu'il y avait eu erreur dans le diagnostic; mais le 8 janvier un commencement de desquammation qui apparut d'abord au col et qui s'étendit ensuite sur toutes les parties du corps qui n'avaient point présenté d'éruption, confirma le diagnostic qui avait été porté, et nous donna une preuve presque complète de l'existence de ces fièvres éruptives sans éruption signalées par Sydenham.

Zona. — Il occupait le côté droit de la base de la poitrine. Nous en cautérisâmes la moitié avec le nitrate d'argent, le reste fut abandonné à sa marche spontanée. Nous

avons reconnu que la dessiccation fut plus prompte, et les douleurs moins vives dans la partie cautérisée.

Urticaire. — Quelques bains simples contribuèrent à dissiper promptement cette éruption et à calmer la démangeaison qu'elle occasionnait.

Prurigo. — Cette affection ne présenta rien de notable, si ce n'est que, chez l'un des deux malades qui en était atteint, on fut obligé de pratiquer une saignée du bras fort abondante pour modérer l'intensité de l'irritation cutanée.

Phlegmasies muqueuses. — *Fièvre catarrhale.* — Les sujets atteints de la maladie que nous avons désignée ainsi, présentaient tous une inflammation plus ou moins étendue des diverses membranes muqueuses. La bronchite et l'entérite offraient chez tous un degré de développement remarquable. Chez quelques-uns même la membrane muqueuse de la vessie participait à cette disposition inflammatoire du reste du système muqueux. Quelques applications de sangsues, les délayans et la diète, ont été employés avec succès dans presque tous les cas. L'ipécacuanha à dose vomitive offrit cependant un avantage marqué chez un de nos malades : c'était un jeune maçon âgé de 24 ans, qui, outre les symptômes généraux de la fièvre catarrhale, se plaignait d'une sensibilité très-vive de la muqueuse buccale, et d'un *empâtement* fort incommode de la bouche. Cette cavité était tapissée d'un mucus épais au-dessous duquel les follicules présentaient un état érythémateux qui avait résisté à l'emploi des gargarismes émolliens, des sangsues et des cataplasmes placés au-dessous de la mâchoire inférieure. L'ipécacuanha fut prescrit à la dose de 24 grains, donnés en trois fois; des vomissemens muqueux abondans eurent lieu. La muqueuse buccale se dégorgea et perdit son aspect érythémateux; le mouvement fébrile qui durait encore cessa, et la convalescence s'établit promptement.

Chez un des sept malades atteints de fièvre catarrhale, l'inflammation s'étendit au parenchyme pulmonaire, et plus tard aux méninges. Il succomba à la gravité et à l'étendue de ces lésions.

Ophthalmie aiguë. — Les paupières seules des deux malades que nous avons observés, étaient atteintes d'érysipèle phlegmoneux. La suppuration eut lieu dans les deux cas, malgré un traitement antiphlogistique énergique. Dans l'un d'eux, un foyer circonscrit se forma et s'ouvrit sur la région du sac lacrymal. Il aurait pu faire croire à l'existence d'une tumeur et d'une fistule lacrymales, si l'état humide de la narine, l'écoulement des larmes par cette voie, l'impossibilité de faire passer l'air des narines par la plaie, en engageant le malade à faire les efforts nécessaires, et la nature phlegmoneuse de la suppuration n'avaient éclairé le diagnostic. Ce ne fut qu'après six semaines que la petite plaie fistuleuse placée sur le tissu fibreux du sac lacrymal finit par déterminer le développement des bourgeons cellulo-vasculaires convenables pour établir une cicatrice solide.

Ophthalmie chronique. — Cette ophthalmie développée chez une jeune fille scrofuleuse, affectait les deux yeux et était accompagnée de taies. Un *collyre sec* de calomélas et de sucre candi détermina la disparition de ce dernier accident.

Coryza chronique. — La céphalalgie frontale et la pesanteur de tête très-considérable dont la malade, âgée de 54 ans, et d'une constitution assez forte, se plaignait, nous avaient d'abord fait craindre une congestion cérébrale. Une saignée du bras et des bains de pied avaient été prescrits inutilement. L'odeur fétide qui s'exhalait des narines, et la voix nasonnée de la malade, nous portèrent à penser que les fosses nasales et les sinus frontaux étaient le siége d'une phlegmasie chronique, et contenaient du mucus en putréfaction. Des injections émollientes et détersives débarrassèrent ces parties d'une énorme quantité de mucosités fétides. Les douleurs frontales disparurent.

Angine tonsillaire. — Cette amygdalite n'offrit rien de remarquable ; l'apparition des règles contribua à faciliter la résolution.

Angine laryngée. — Deux cas de laryngite chronique ont été soumis à l'usage des fumigations pulmonaires et de vésicatoires appliqués sur le larynx. L'un des malades a éprouvé d'excellens et rapides effets de ce traitement; l'autre est sorti de l'hôpital sans être guéri.

Bronchite aiguë. — Aux émolliens donnés en boissons nous avons joint, dans plusieurs cas, principalement quand la toux était sèche et opiniâtre, l'usage des fumigations émollientes : les malades s'en sont ordinairement bien trouvés. Le sirop de pointes d'asperges que nous avons expérimenté dans ces cas, ne nous a pas paru produire d'effets avantageux bien appréciables.

Bronchite chronique. — Les fumigations balsamiques, les révulsifs sur la peau du dos, de la poitrine ou de la partie interne du bras; les minoratifs quelquefois répétés et les boissons chaudes, ont en général été suivis de bons effets dans ces maladies, communes surtout pendant les mois de novembre, décembre et janvier.

Les *gastro-entérites aiguës* que nous avons reçues dans notre service, n'ont en général rien présenté de remarquable ni dans leurs causes ni dans leur marche. Toutes ont cédé à l'usage de la diète, des boissons adoucissantes, des sangsues à l'épigastre ou au siège, et des cataplasmes émolliens appliqués sur le ventre. Les sujets que nous avons perdus atteints de fièvre ataxique, typhoïde et catarrhale, présentaient aussi les lésions anatomiques plus ou moins prononcées de la gastro-entérite, mais ces lésions de l'appareil digestif étaient en outre accompagnées d'altérations morbides variées qui nous ont déterminé à ne pas considérer ces affections comme de simples gastro-entérites.

Parmi les malades atteints de cette dernière inflammation, nous devons mentionner deux femmes qui présen-

taient tous les symptômes de la gastrodynie. Un léger état fébrile nous fit élever quelques doutes sur la nature de la maladie, et nous détermina à prescrire une application de sangsues à l'épigastre. La cessation de tous les symptômes éclaira ou établit le diagnostic, et confirma cette sentence d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendit quoque curatio.*

Gastrite chronique. — Le succès remarquable qui suivit l'emploi du régime, de la magnésie calcinée, du magistère de bismuth, et d'un large emplâtre stibié à la région épigastrique, nous engage à mentionner deux cas de cette maladie arrivée déjà à un certain degré de gravité lorsque le traitement fut prescrit.

Cancer de l'estomac. — Cette grave lésion occupait l'ouverture pylorique de l'estomac : la malade qui en était atteinte avait été, nous a-t-elle dit, prise tout-à-coup de vomissemens par suite *d'une révolution de lait*, six mois avant son entrée à la clinique de la Pitié. La tumeur, rénitente, du volume d'un œuf de poule, et située dans la région pylorique, les vomissemens continuels qui fatiguaient la malade, la rareté des garde-robes, etc., etc., ne laissaient point de doute, le 3 décembre, sur la nature ni sur le siège de cette affection. Un cautère sur le centre de la tumeur, l'iode en frictions sur l'épigastre et l'hypochondre droit, le régime lacté, des lavemens gélatineux, l'emploi alterné, selon les circonstances, de l'eau de Seltz, de la magnésie calcinée et des préparations opiacées, l'hydrochlorate de morphine en particulier, furent les moyens prescrits contre cette maladie. Une diminution de moitié dans la tumeur, des vomissement plus rares et moins abondans, des garderobes plus copieuses et une émaciation moins prononcée, annonçaient des changemens favorables et qui dépassaient nos espérances, lorsque, fatiguée du régime, la malade voulut sortir le 7 janvier. Elle rentra le 12, mais son état s'était beaucoup aggravé. Elle eut quelques jours après des vomissemens

couleur chocolat, et succomba le 23 janvier. Nous trouvâmes toutes les tuniques du pylore converties en un tissu lardacé squirrheux, mais peu rénitent, qui formait la tumeur indiquée; quelques points de la membrane muqueuse de cette région de l'estomac, étaient superficiellement atteints de *dégénérescence encéphaloïde*. L'amélioration observée avant la sortie de la malade peut-elle faire admettre que l'on aurait, en continuant le traitement, entravé la marche de cette affection cancéreuse ? La diminution de la tumeur et l'aspect du tissu squirrheux qui, à l'autopsie, présentait moins de consistance, sans cependant offrir l'apparence du ramollissement, permettent de le croire.

Vaginite; leucorrhée aiguë. — Ces affections, caractérisées par une douleur assez vive du vagin et un écoulement muqueux, purulent, abondant, ont cédé à l'usage des boissons et des injections adoucissantes. L'une d'elles avait été occasionnée par la présence d'un énorme pessaire de buis en forme de bilboquet dont nous avons fait l'extraction.

Phegmasies séreuses; pleurésie. — Parmi les quatre pleurésies aiguës que nous avons observées, deux ont offert les symptômes et la marche de la pleurésie franchement inflammatoire et se sont terminées rapidement par l'emploi de la saignée générale, des sangsues ou des ventouses mouchetées appliquées sur le point douloureux. La troisième de ces maladies a été remarquable par le développement d'un énorme épanchement, et la quatrième par l'état bilieux qui accompagna les symptômes de pleurésie. Voici en quelques mots l'histoire de ces deux malades.

Le premier des deux était un bonnetier, âgé de 34 ans, d'une petite taille, d'une assez forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé. Cette homme avait éprouvé, en travaillant, une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine : c'était vers la fin de décembre. Il continua son travail, cherchant à oublier sa douleur; enfin,

il fut obligé de consulter. On le saigna et on lui mit un vésicatoire sur le côté; n'éprouvant pas d'amélioration dans son état, il se décida à entrer à la Pitié. M. Piedagnel, qui faisait alors un service dans cet hôpital, reçut le malade, le fit saigner et eut la bonté de le faire passer à la Clinique à cause de l'intérêt que présentait son état. Nous vîmes cet homme le 8 janvier, 15.e jour de la maladie; décubitus assis, ou couché sur le côté gauche; toux sèche, douloureuse; oppression; développement beaucoup plus considérable du côté gauche que du côté droit du thorax, écartement remarquable des espaces intercostaux du côté dilaté; immobilité complète de ce côté dans les mouvemens de la respiration; matité des plus marquées de toute cette région de la poitrine; absence de tout bruit respiratoire; résonnance légère de la voix; battemens du cœur percevables seulement dans le côté droit du thorax, au-delà du sternum; état fébrile assez marqué; trouble peu notable de l'appareil digestif; sécrétion urinaire sensiblement diminuée. Nous reconnûmes une phlegmasie sub-aiguë de la plèvre, accompagnée d'un énorme épanchement probablement séreux. (Saignée du bras; quatre ventouses mouchetées sur le côté gauche du thorax; boissons pectorales nitrées chaudes; diète.)

Le lendemain, respiration beaucoup moins gênée. (Nouvelles ventouses.)

10 janvier, le malade pouvait déjà rester quelques instans couché sur le côté droit; l'urine était augmentée de quantité, et la fièvre dissipée.

Les boissons nitrées furent continuées; l'état satisfaisant des voies gastro-intestinales nous permit de donner plusieurs doses de sirop de nerprun et d'accorder assez promptement des alimens au malade. En quelques jours, nous vîmes se dissiper avec une incroyable rapidité toute la série des accidens graves que le malade présentait à son entrée; l'oppression et la toux diminuèrent; le cœur revint graduel-

lement reprendre sa place ; la respiration bronchique commença à se faire entendre, puis elle devint un peu vésiculaire ; la matité du thorax diminua ; du son clair fut bientôt perçu au-dessous de la clavicule, et la mobilité du reste de l'épanchement reconnue en inclinant le tronc du malade dans divers sens. Le volume du côté gauche du thorax devint de moins en moins considérable ; les côtes se rapprochèrent les unes des autres, leur courbure diminua d'étendue, et la paroi thoracique de ce côté finit par présenter une dépression de plusieurs pouces. Enfin vingt jours seulement après son entrée dans nos salles, le malade sortit guéri et se sentant la force nécessaire pour travailler.

L'autre malade était une femme âgée de 40 ans, qui entra à la fin du mois de janvier, atteinte d'une douleur vive au côté droit du thorax et de tous les signes d'une pleurésie aiguë de ce côté ; en même temps la bouche était pâteuse, amère ; il y avait des nausées ; la langue était saburrale et le visage légèrement jaunâtre, surtout auprès des ailes du nez et de la commissure des lèvres. Une saignée et plusieurs applications de sangsues sur le point douloureux n'amendèrent point l'état de cette malade. 24 grains d'ipécacuanha, donnés en trois fois, déterminèrent des efforts de vomissemens très-fatigans et des évacuations autant muqueuses que bilieuses. Le lendemain, la douleur du côté n'existait plus ; la bouche n'était plus amère ; les nausées avaient disparu et la convalescence marcha avec autant de facilité que de promptitude.

Péritonite. — Nous n'avons eu qu'un seul cas de péritonite ; mais la maladie a été très-remarquable dans sa marche. Cette affection s'est développée à la suite d'un violent accès de colère, chez une femme âgée de 36 ans. On la saigna chez elle. Les douleurs du ventre persistant, on transporta la malade à la Pitié, le huitième jour de l'invasion, 4 décembre. L'état de la face, du pouls et du ventre ne laissait point de doute sur l'existence d'une péritonite en-

core aiguë. L'hypogastre était le siége d'une tumeur arrondie, rénitente, immobile, douloureuse, comme le reste du ventre, du volume de la tête d'un fœtus à terme; elle donnait un son mat à la percussion, ne faisait pas éprouver, d'une manière bien évidente, la sensation de fluctuation par la percussion latérale, et ne présentait aucun changement par les diverses positions que prenait la malade. Était-ce la vessie distendue par l'urine? le volume de la tumeur, sa forme et le lieu qu'elle occupait pouvaient le faire croire. Cependant la facilité avec laquelle la malade rendait ses urines portait à penser que la vessie n'était pour rien dans le développement de cette tumeur. Pour plus de certitude, une sonde fut introduite dans la vessie, il ne s'écoula que quelques gouttes d'urine : la vessie était donc étrangère au développement de cette tumeur. Était-elle formée par l'utérus ou ses annexes? Le toucher nous apprit que la matrice se trouvait dans l'état de vacuité, et que ses annexes ne semblaient point malades; d'ailleurs, l'immobilité de la tumeur, son développement rapide, sa position à la partie moyenne de l'hypogastre, empêchaient de croire qu'elle pût être formée par un kyste ovarique. Nous pensâmes qu'elle était produite par un épanchement séreux ou puriforme abdominal, circonscrit par des adhérences. (Saignée du bras (sang très-couenneux); 40 sangsues à appliquer sur le ventre et surtout vers l'hypogastre; cataplasme émollient; infusion de guimauve.)

Le lendemain, diminution de la sensibilité abdominale. (Nouvelle application de sangsues sur la tumeur.)

10 janvier. Rénitence moins considérable de la tumeur, fluctuation sensible par la percussion latérale.

11, Développement vers la fosse iliaque droite, d'une tumeur analogue à la première, indépendante d'elle, mais moins tendue et moins volumineuse. Elle disparut lentement les jours suivans.

14. Diminution très-notable de la tumeur hypogastrique,

coïncidant avec des garde-robes séreuses, d'un jaune sale, et très-abondantes; gargouillement sensible au toucher dans la région sus-pubienne. Y a-t-il eu résorption du liquide? la tumeur s'est-elle ouverte dans l'intestin? Il était difficile de se prononcer d'une manière décisive pour l'une de ces questions. On pouvait facilement admettre la première supposition, puisqu'on a vu des ascites, même considérables, disparaître de cette manière. Quant à la seconde, le gargouillement et la sonoréité plus grande de la tumeur la rendaient soutenable. Il était cependant possible que les intestins distendus par des gaz et une certaine quantité de liquide donnassent lieu à ce bruit de gargouillement et au son hydropneumatique que la tumeur rendait. Dans tous les cas, la tumeur continua à diminuer, mais lentement. On employa quelques purgatifs, l'huile de ricin, le sirop de nerprun, pour faire un nouvel appel de sécrétion séro-muqueuse sur le canal intestinal, et faire résorber l'épanchement. Il ne disparut entièrement qu'après un mois de traitement. La convalescence fut ensuite entravée par une gêne très-grande de l'articulation coxo-fémorale droite, et un œdème assez considérable des membres inférieurs qui dépendait probablement de quelque lésion consécutive de la première affection, et qui comprimait les vaisseaux dans le bassin. A l'aide d'un régime réparateur et du temps, ces derniers accidens se dissipèrent, et la malade sortit guérie vers la fin de février.

Phlegmasies parenchymateuses; pleuro-pneumonies. — Sur huit malades atteints de pleuro-pneumonies, cinq n'ont rien offert d'important à noter : ils ont guéri sous l'influence du traitement antiphlogistique employé avec quelque énergie au début de la maladie. Nous mentionnerons parmi les trois autres une femme âgée de 33 ans, entrée le 14 décembre, pour une pleuro-pneumonie gauche très-intense, et dont l'état thoracique était sensiblement amélioré, lorsqu'elle fut prise du choléra asiatique le 21

décembre. Cette maladie fut combattue avec avantage à l'aide de l'extrait de ratanhia. La malade sortit guérie le 3 janvier. Nous avons cru devoir compter cette femme pour deux, dans ce relevé, l'histoire de son choléra est renvoyée à l'exposition des *flux*. (*Voy.* pag. 528.)

Une autre femme, âgée de 18 ans, entrée le 12 janvier, était atteinte d'une sensibilité extrême du ventre et de tous les symptômes qui caractérisent une péritonite. (Saignée du bras; sangsues sur l'abdomen; boissons émollientes.) Le lendemain, ces symptômes étaient remplacés par ceux d'une pleuro-pneumonie droite et d'une fièvre typhoïde qui, deux jours après, furent accompagnés d'un délire presque continuel que nous rapportions à une méningite, et qui cédait, ainsi que presque tous les autres symptômes, pendant les rémissions irrégulières de la fièvre. Le traitement antiphlogistique fut continué sans succès. Un vésicatoire placé sur le côté sembla diminuer les accidens thoraciques; ceux du cerveau augmentèrent. La malade succomba le 24. A l'autopsie, nous ne trouvâmes d'autres lésions que celles d'une pleuro-pneumonie gauche au second degré, et une entéro-mésentérite fort étendue. Les méninges et le cerveau étaient dans leur état normal.

Un traitement antiphlogistique actif était-il suffisant pour combattre cette réunion d'accidens graves? Le vague observé dans la marche de la maladie, et la rémission, quoiqu'irrégulière, des symptômes, n'indiquaient-ils point un trouble primitif du système nerveux, et ne réclamaient-ils point l'usage des antispasmodiques diffusibles et du quinquina? Nous avons vu ces médications réussir dans des cas analogues.

Chez un commissionnaire âgé de 39 ans, décrépit par la misère, nous reconnûmes le 23 janvier une pleuro-pneumonie droite remarquable par la fétidité putride de l'expectoration; le pouls était petit et fréquent, la peau visqueuse et froide. Nous prescrivîmes la tisane de polygala, un julep

avec sirop de quinquina; la diète fut continuée peu de temps. Le malade sortit guéri le 15 février.

Pneumonie chronique. — Un malade présentant tous les symptômes qui caractérisent cette induration ou ramification de quelques parties du poumon, désignée par Laennec sous le nom de pneumonie chronique, fut traité par les fumigations émollientes, les rubéfians sur le thorax, et les boissons adoucissantes. Il sortit guéri. Nous reviendrons sur son observation dans la seconde partie de ce travail, lorsque nous parlerons des fumigations de l'appareil respiratoire.

Phthisie pulmonaire. — Nous renvoyons aussi à cet article l'histoire de nos phthisiques. Quelques-uns ont présenté quelques remarques importantes dans la marche de leur maladie; tous ont fait usage de fumigations émollientes, narcotiques, balsamiques ou iodées; plusieurs en ont obtenu un soulagement marqué.

Cardite interne. — Nous avons cru devoir rapporter à une phlegmasie du cœur, et surtout de sa tunique interne, les symptômes et les lésions que nous avons observés sur le malade dont il va être question. Un bottier, âgé de 45 ans, d'une très-forte constitution, éprouve, le 15 août 1832, de violentes palpitations en montant avec rapidité cinq étages. Les battemens tumultueux continuent et s'exaspèrent plus tard par l'usage des boissons alcoholiques. On pratique une saignée; le malade en est un peu soulagé, mais il continue son travail et l'usage des liqueurs; les accidens reprennent une nouvelle intensité. Entré à la clinique le 16 janvier, le malade reste assis dans son lit; nous observons des battemens fréquens, tumultueux et sans bruits anormaux, dans la région précordiale; la matité de cette région est plus étendue que de coutume; le pouls est fréquent, irrégulier; la chaleur de la peau peu augmentée. Le foie dépasse de beaucoup l'hypocondre droit; la matité du thorax de ce côté fait soupçonner un épanchement dans la plèvre,

l'inclinaison variée du tronc permettant, à l'aide de la percussion, d'apprécier le changement de niveau du liquide, ne laisse point de doute sur l'existence d'un hydrothorax (1). Infiltration des membres inférieurs; état assez satisfaisant de l'appareil gastro-intestinal. *Diagnostic :* dilatation avec amincissement des ventricules du cœur, etc. (Saignée du bras; boissons adoucissantes; diète.)

Diminution de l'épanchement thoracique, même état du foie et des battemens tumultueux de la région précordiale. L'aspect peu riche du sang nous empêche d'insister sur la saignée.

Les jours suivans l'oppression diminue; on peut compter le nombre des pulsations; il s'élève à 100 par minute; la chaleur de la peau est normale. (Digitale en poudre.)

L'état du malade semble s'améliorer, lorsque tout-à-coup, dans la nuit du 21, sa respiration s'embarrasse, son visage devient violet, et il meurt en quelques instans.

Nous trouvons, à l'ouverture du cadavre, le ventricule gauche du cœur dilaté, et ses parois amincies; les valvules sygmoïdes de l'aorte violettes, et l'une d'elles perforée; la valvule bicuspide d'un rouge violet. Nous voyons le ventricule droit peu dilaté, ses parois minces; la membrane qui en revêt l'intérieur de couleur normale. Le cœur renferme une assez grande quantité de sang; les poumons et le cerveau en contiennent aussi un peu plus que dans les cas ordinaires; le foie en est gorgé, et l'hypertrophie de son tissu explique bien mieux que l'épanchement thoracique pourquoi ce viscère dépassait de beaucoup le bord de l'hypocondre droit. L'estomac est d'un rouge-violet; cette teinte paraît plutôt due à une stase sanguine qu'à un

(1) Nous avions déjà mis en usage ces moyens de diagnostic, en 1827, à l'hôpital Saint-Antoine. M. Gaide, interne du service temporaire dont nous étions chargé, reconnut avec nous un épanchement thoracique mobile dont l'autopsie cadavérique confirma l'existence.

un état inflammatoire. L'abdomen présente un épanchement peu considérable de sérosité sanguinolente ; un épanchement de même nature, et beaucoup plus considérable, occupe le côté droit du thorax.

Ce n'est qu'après l'autopsie que nous avons considéré cette affection comme une cardite interne ; les causes de la maladie, quelques-uns de ses symptômes et ses lésions anatomiques, nous semblent autoriser cette dénomination. La perforation d'une des valvules sygmoïdes de l'aorte nous a paru être le résultat d'un travail inflammatoire qui s'était développé dans cette partie. L'état peu riche du sang nous a mal à propos arrêté dans l'usage de la saignée ; l'amélioration qui avait suivi cette médication indiquait d'y revenir, *à juvantibus indicatio*, dit Stoll ; la quantité de sang assez considérable trouvée dans les différens viscères prouve aussi que la saignée aurait pu soulager ce malade. Aurait-elle empêché l'inflammation ulcéreuse de continuer ses progrès ? Non, sans doute ; mais elle les aurait probablement ralentis ; elle aurait, par conséquent, éloigné la mort du malade. Il nous a semblé en effet que la rapidité de cet événement pouvait s'expliquer par le trouble qui avait dû survenir dans la circulation au moment où la perforation s'est effectuée, trouble qui a dû déterminer promptement l'engouement des viscères les plus importans au maintien de la vie.

Cardite chronique. — Nous avons cru devoir rapporter à ce paragraphe les maladies dites organiques du cœur. L'un des deux malades, rachitique, âgé de 60 ans, présentait quelques palpitations accompagnées d'un léger bruit de soufflet et d'un état asthmatique que la conformation du thorax aggravait encore. Quelques sangsues appliquées à l'anus dégagèrent le système circulatoire, et procurèrent une amélioration sensible. L'histoire fort importante d'un autre malade âgé de 71 ans, atteint d'ossification des valvules sygmoïdes qui les empêchait de se rapprocher et de-

fermer l'orifice aortique, a été consignée dans un mémoire que nous avons publié *sur les bruits anormaux du cœur*, dans le dernier numéro de décembre 1832, du *Journal hebdomadaire*.

Hépatite aiguë. — Ce cas d'hépatite a été présenté par une couturière âgée de 21 ans et d'une forte constitution. Cette jeune fille avait déjà peu d'appétit, lorsqu'à la suite d'une frayeur, ses règles, qui s'approchaient de leur terme, s'arrêtèrent. Bientôt une teinte ictérique, et de la fièvre survinrent. La malade entra à la clinique le 3.e jour, 29 janvier. Teinte ictérique très-prononcée, point de démangeaison à la peau; langue couverte d'un enduit jaunâtre, bouche amère, quelques nausées, épigastre et hypocondre droit douloureux spontanément et à la pression; garde-robes rares et décolorées, urines abondantes, bourbeuses, déposant une très-grande quantité de matière colorante jaune-orangé. Percussion de l'hypocondre ne démontrant pas d'augmentation de volume dans le foie; pouls fort, large et très-fréquent; chaleur de la peau. (Saignée du bras; 40 sangsues sur l'hypocondre et l'épigastre; cataplasme; petit-lait; chiendent.)

Le sérum du sang contenait une grande proportion de matière colorante jaune; le caillot ne paraissait point en contenir une aussi grande quantité. La malade se trouvait beaucoup mieux, les douleurs de l'hypocondre et la fièvre avaient cessé. Les jours suivans, l'urine et la peau perdirent leur teinte jaune, les garde-robes reprirent leur couleur normale, et la santé se rétablit rapidement. La malade voulut sortir le 4 février, devant suivre chez elle un régime sévère.

Ictère. — L'ictère est le plus souvent un symptôme qui se rattache à des lésions variées et nombreuses du foie. Les quatre cas que nous avons observés étant tous occasionnés par un trouble sécrétoire du foie, déterminé par une irritation de l'estomac, nous n'avons point hésité à rapprocher

de l'hépatite ces observations d'ictère : bien qu'il n'y ait eu qu'irritation sécrétoire du foie, et point, comme dans le cas précédent, de symptômes évidens de l'inflammation de ce viscère. Des sangsues à l'épigastre ou au siège, de l'eau de gomme, de la limonade coupée d'eau de Seltz, et la diète, ont suffi pour diminuer l'irritation, ramener promptement la sécrétion à l'état normal, et faire disparaître la teinte jaune de la peau.

Affection bilieuse ou gastrique. — Nous avons désigné sous ce nom, ainsi que l'ont fait plusieurs nosologistes, une affection qui consiste dans un dérangement sécrétoire de la bile et des follicules muqueux de l'estomac et du duodénum, sans symptômes inflammatoires primitifs de ces parties. Nous avons observé huit malades, toutes femmes, atteintes de cette affection. Elle avait en général été occasionnée par quelqu'écart de régime. Parmi les symptômes qui la caractérisaient, nous citerons une teinte bise de la face, une couleur jaune plus ou moins prononcée, des ailes du nez, l'enduit muqueux jaunâtre de la langue, l'anorexie, les nausées, l'amertume de la bouche, une soif peu vive, la préférence donnée aux boissons acidules, quelquefois une douleur modérée de l'épigastre, le plus souvent absence de cette douleur, dévoiement bilieux, rarement constipation; sentiment de brisement dans les membres, céphalalgie sus-orbitaire, mouvement fébrile peu développé. L'ipécacuanha à dose vomitive, des boissons délayantes acidules, et quelquefois des purgatifs huileux ou salins, ont triomphé de cette maladie avec une promptitude remarquable, et n'ont point occasionné d'inflammation des voies digestives. L'appétit s'est au contraire rétabli presque aussitôt, et la facilité de la digestion a prouvé que la médication employée était préférable à toute autre.

Voici, en quelques mots, l'analyse de quatre de ces faits les plus remarquables.

Une femme, âgée de 70 ans, couchée au n.° 10 de la

salle Notre-Dame, offrait, depuis une douzaine de jours, les symptômes indiqués : une douleur assez prononcée à l'épigastre avait engagé à appliquer plusieurs fois des sangsues à l'épigastre; la douleur, les nausées et l'anorexie persistaient. Nous fîmes donner vingt-quatre grains d'ipécacuanha, en trois fois, à cette femme; elle eut des vomissemens bilieux et muqueux assez abondans. Dès le lendemain elle était très-soulagée, la douleur épigastrique s'était dissipée. Cette femme fut promptement en état de manger de la soupe, puis le quart.

Une ouvrière, âgée de 69 ans, présentant les mêmes symptômes, entra à la clinique le 22 janvier. On lui prescrivit de suite l'ipécacuanha. La douleur épigastrique disparut avec la même facilité, et la malade sortit guérie le 31 janvier.

Une marchande, âgée de 37 ans, d'une assez forte constitution, offrant tous les symptômes de l'affection bilieuse, et de plus des garde-robes bilieuses très-abondantes, accompagnées de coliques assez fortes, sans douleurs abdominales développées par la pression, et sans fièvre notable, prit l'ipécacuanha le 10 décembre. Le lendemain de son entrée elle était soulagée, et sortit guérie le 17.

Une journalière, âgée de 42 ans, couchée au n.° 6 de la salle Notre-Dame, le 17 décembre, présentait, outre des exostoses vénériennes considérables au radius et au tibia droit, tous les symptômes de l'affection gastrique, accompagnés d'une douleur très-prononcée à l'épigastre, de chaleur à la peau et de fréquence dans le pouls. Ces derniers symptômes nous disposaient à prescrire une application de sangsues à l'épigastre. L'enduit jaunâtre de la langue, l'amertume de la bouche et l'anorexie bien prononcée nous firent penser que la sensibilité épigastrique était probablement consécutive, et qu'il y avait indication évidente d'agir comme dans le cas précédent. L'ipécacuanha détermina plus de garde-robes que de vomissemens bilieux, et la médi-

cation eut un tel succès, que dès le lendemain cette femme était en très-bon état. Nous employâmes pour résoudre les exostoses les frictions préparées avec dix-huit grains de deuto-iodure de mercure pour une once d'axonge, et à l'intérieur des pilules d'un huitième de grain de deuto-iodure de mercure. La malade en prit jusqu'à trois en vingt-quatre heures. Les exostoses étaient beaucoup diminuées, lorsqu'elle sortit le 5 janvier, désirant terminer son traitement en se livrant à ses occupations.

Splénite chronique. — Ce malade, âgé de 38 ans, avait été plusieurs fois atteint de fièvre intermittente. On ne pouvait rapporter qu'à cette cause l'hypertrophie de la rate qu'il présentait, et qui était accompagnée d'une teinte bise très-prononcée du visage. Des sangsues placées à l'anus, une tisane de saponaire coupée avec l'eau de Vichy, des frictions sur l'hypochondre gauche avec une pommade d'axonge et d'iodure de plomb diminuèrent le volume de la rate; le visage perdit en même temps sa teinte morbide.

Orchite. — Cette inflammation aiguë, précédée d'une blennorrhagie, céda à l'application de sangsues sur le scrotum et plus tard aux frictions avec une pommade d'iodure de mercure.

Métro-péritonite aiguë. — Deux malades furent traitées et guéries de cette affection. L'une d'elles présentait cela de remarquable, qu'ayant été, l'année précédente, affectée d'une métrite à la suite d'une couche, elle éprouvait à chaque époque menstruelle, un retour de douleurs vives dans l'utérus et, dans l'intervalle de ces époques, un sentiment incommode de pesanteur dans le bassin. L'utérus examiné à l'aide du toucher, offrit une augmentation notable de volume : ce signe réuni aux précédens, fit penser que la nouvelle métro-péritonite était entée sur une métrite-chronique. Une saignée, des bains et des applications émollientes dissipèrent la recrudescence inflammatoire; des frictions avec une pommade d'hydriodate ioduré

de potasse sur l'hypogastre , sur la face interne des cuisses et de la vulve, diminuèrent le volume de l'utérus. La sensation de poids incommode sur le bassin n'existait plus, lorsque cette femme sortit de la Clinique.

Cancer utérin. — Rien de particulier à rapporter sur les malades atteintes de cette terrible affection. L'une d'elles mourut : le cancer était borné à l'utérus.

Arthritis chronique. — Une femme de 40 ans, atteinte de tumeur blanche et d'épanchement synovial du genou droit, suite de plusieurs chutes faites sur cette partie, éprouva une amélioration incontestable par le traitement suivant : plusieurs applications de sangsues; cataplasmes émolliens ; ensuite frictions avec des pommades iodurées et surtout l'hydriodate ioduré de potasse; compression méthodique et repos absolu.

Rhumatalgies. — Nous avons donné ce nom à ces fluxions morbides susceptibles de se développer dans plusieurs de nos tissus sous l'influence des variations atmosphériques, en particulier sous l'action du froid, et que les Anglais appellent *a cold*, un froid, les Italiens *rafreddatura* un refroidissement, et le langage vulgaire français un *coup-d'air*. Cet état morbide est en effet loin de présenter les caractères pathologiques de l'inflammation, il en diffère par sa marche, son peu de gravité et sa terminaison. Nous ne confondons pas non plus ces maladies avec l'arthritis que nous rangeons parmi les inflammations synoviales et fibreuses. Des auteurs anciens ont admis l'existence de ces rhumatalgies, plusieurs médecins les ont également reconnues. Bang les désigne dans premier le volume des *Actes de la Société de médecine de Copenhague* par ces mots : *de vagantibus corporis affectionibus*. Il rapporte dans ce mémoire l'observation d'un jeune homme qui, après avoir éprouvé l'action du froid, fut successivement atteint de gonflement aux cuisses, à la poitrine, aux mains et à la poitrine. Les caractères principaux de cette tuméfaction

étaient, selon l'auteur, *tumor mollis, indolor, cuti concolor.*

Gosse de Genève décrit dans son livre sur les *maladies rhumatoïdes*, toutes les affections produites par l'action du froid sur l'économie, par l'intermédiaire du système nerveux. Nous n'étendrons pas autant que lui le nombre de ces maladies, voici celles que nous avons rangées dans cette classe; elles ont affecté les systèmes cellulaire, musculaire et nerveux.

Oreillons. — Cette fluxion fort connue, observée dans le tissu cellulaire de la région parotidienne gauche, chez un vannier âgé de 34 ans, n'offrit rien de remarquable dans sa marche. Elle se termina promptement, par l'entretien de la chaleur dans la partie affectée, à l'aide de morceaux de flanelle et en faisant, sur cette même partie, des frictions avec un liniment légèrement ammoniacal.

Pleurodynie. — Nous ne rappellerons pas les signes qui distinguent cette fluxion musculaire et fibreuse des parois thoraciques de la pleurésie. Nous avons observé six cas de pleurodynie, quatre dans la salle des femmes, deux dans la salle des hommes. Ces pleurodynies avaient quelquefois été précédées de douleurs analogues et de douleurs vagues dans quelqu'autre partie du corps. Toutes ont présenté une mobilité plus ou moins marquée, tantôt en envahissant un autre muscle du côté affecté du thorax ou du côté opposé, tantôt en se portant sur les muscles des bras ou d'une autre région. Toutes ont cédé aisément, soit à l'application d'un cataplasme émollient chaud, soit à l'usage de quelques sangsues ou de ventouses mouchetées, soit surtout à l'application d'un cataplasme sinapisé ou d'un vésicatoire volant.

Entérodynie. — Un cordonnier âgé de 22 ans, précédemment atteint de pleurodynie, fut pris de coliques vives sans fièvre et sans symptômes dits bilieux ou gastriques. Ces coliques avaient succédé à la disparition de la pleuro-

dynie, nous les jugeâmes de même nature que cette dernière maladie, et nous pensâmes qu'elles occupaient la tunique musculeuse du canal intestinal. Un cataplasme sinapisé, appliqué sur l'abdomen, les fit cesser. Le lendemain, le malade ressentait de nouvelles douleurs vers les points d'insertion des grands pectoraux aux côtes, puis vers les attaches du muscle transverse abdominal gauche. Trois ventouses mouchetées, placées sur cette dernière région, dissipèrent entièrement la douleur.

Lumbago. — Les huit cas de lumbago ont cédé à l'emploi des différens moyens thérapeutiques que nous avons mis en usage dans la pleurodynie.

Névralgie ou *neurodynie.* — Cette affection qui, de la région lombaire, s'était portée à l'un des nerfs sciatiques, diminua après l'application d'un vésicatoire volant, et disparut après deux pansemens de ce vésicatoire avec une pommade saupoudrée d'un huitième de grain d'hydrochlorate de morphine.

Flux. — Les anciens nosologistes avaient admis une classe de maladies sous le nom de *flux* ou *profluvia.* Ces maladies ont été d'abord diminuées de nombre, puis rayées entièrement des nosologies, probablement surtout parce qu'elles ne sont ordinairement que le symptôme de la lésion d'un organe ou d'une partie quelconque de l'économie. Cette considération ne manque pas d'exactitude; mais comme il est bien vrai que très-souvent nous ne pouvons apprécier la nature de la lésion de la partie malade, que la cessation du flux est l'indication pressante, et que les moyens susceptibles de le modifier sont ceux qu'il importe le plus de rechercher, nous pensons qu'on ne trouvera pas mauvais que nous ayons rétabli cette classe de maladies.

Tantôt ces flux ont lieu sur les membranes, tantôt ils partent d'un organe sécréteur.

L'état des membranes muqueuses qui produit l'hémor-

rhagie, se rapproche bien jusqu'à un certain point de l'état phlegmasique, puisque, dans l'un comme dans l'autre, il y a fluxion sanguine vers la muqueuse affectée; mais dans le dernier cas le sang se combine avec la membrane, dans le premier il s'échappe de sa surface. Qui est-ce qui détermine ce mécanisme? nous ne le savons pas plus que nous ne connaissons la cause qui, dans certaines circonstances, augmente l'exhalation des membranes séreuses, ou la sécrétion des organes glanduleux. Nous n'entrerons pas plus avant dans l'histoire générale des flux, pour ne point sortir des limites : nous dirons seulement que ces flux ne s'écoulent pas constamment au-dehors; que quelquefois ils sont retenus dans le tissu de l'organe ou dans la cavité qu'il présente : ainsi les hémorrhagies cérébrales, *interstitielles ou collectées;* ainsi les épanchemens séreux nous semblent appartenir à la classe des flux, bien qu'ils ne se manifestent point par un écoulement extérieur de fluides. Voici les flux que nous avons observés : nous les avons divisés en flux hémorrhagiques, séreux, muqueux et cholérique asiatique.

Flux hémorrhagique; morbus maculosus ou *hemorrhagicus* de Werlhoff. Ce cas de maladie, ou hémorrhagie tachetée, se présenta chez une couturière âgée de 35 ans, d'une forte constitution, régulièrement menstruée. Cette femme était atteinte, sans cause connue, d'une irritation catarrhale qui avait envahi, depuis six jours, toutes les membranes muqueuses, mêmes celle de la vessie, lorsqu'elle entra à la Clinique le 12 janvier. Le visage était abattu; les yeux caves; la langue rouge; l'épigastre et presque tout le ventre douloureux; un dévoiement séro-bilieux et des vomissemens bilieux verdâtres incommodaient la malade, qui était aussi tourmentée par une toux fatigante et une dysurie très-incommode; le pouls était fréquent, assez fort; la chaleur de la peau vive. (Vingt sangsues au siége; infusion de guimauve; fomentations émollientes; lavement de pavot.) Diminution des symptômes.

Le 16 janvier, on trouve dans les déjections un ver lombric dont une des extrémités semble avoir été altérée par un commencement de digestion. (Huit grains de calomélas en quatre doses.)

17. Le dévoiement reparaît et les douleurs abdominales reprennent une nouvelle acuité. (Quinze sangsues sur le ventre.)

18. Douzième jour de la maladie, éruption de plaques rouges, très-légèrement saillantes, d'une à deux lignes de diamètre, qui s'étendent et se réunissent dans quelques points; dans le centre surtout, l'épiderme est un peu soulevé, et l'on trouve entre lui et le corps muqueux de la peau une gouttelette de sang d'un rouge noirâtre. Cette éruption se répand bientôt du visage au membre et à tout le corps; amélioration marquée des membranes muqueuses et de l'état général. (Boissons adoucissantes; bouillon.)

21. Le centre des taches reste foncé; la circonférence prend les diverses teintes jaunes d'une ecchymose qui peu-à-peu est résorbée. (Potages.)

25. Desquammation générale de l'épiderme qui entraîne avec lui un peu de matière colorante du sang desséchée.

28. Convalescence confirmée.

Il serait facile de rapprocher la maladie que nous venons de décrire rapidement, de quelques fièvres exanthématiques, et de ne voir dans cette hémorrhagie qu'un abord du sang plus considérable que dans une miliaire, une rougeole ou une scarlatine. Les prodrômes communs aux deux espèces d'affections, la fièvre et l'irritation de toutes les membranes muqueuses, augmenteraient les élémens du parallèle et démontreraient au moins les rapprochemens nombreux que l'on peut établir entre les inflammations et les hémorrhagies; mais la disposition hémorrhagique incontestable que nous avons rencontrée sur la peau de cette femme, nous a cependant fait prendre le parti de rapprocher la maladie des autres hémorrhagies ou fluxions hé-

morrhagiques que nous avons observées, et de la séparer ainsi des simples exanthèmes.

Congestion cérébrale ; hématémèse ; ménorrhagie ; hémorrhoïdes. — Ces différentes maladies se sont présentées en très-petit nombre et n'ont rien offert de remarquable dans leur marche ou dans leur traitement.

Hydropisie ascite. — Cette hydropisie était au-dessus des ressources de l'art, puisqu'elle était occasionnée par une péritonite chronique avec développement de tubercules miliaires, et que d'ailleurs la malade était en même temps affectée d'un cancer de l'utérus et de tout le tissu cellulaire du petit bassin.

Bronchorrhée. — Cette maladie observée sur deux hommes, était caractérisée par l'expectoration de mucus très-limpide et plus ou moins spumeux, avec absence de fièvre et de signes qui indiquassent autre chose qu'une augmentation marquée de la sécrétion des follicules muqueux. L'une des malades éprouvait de temps en temps les accidens de l'asthme. L'autre présentait un état particulier de la peau qui, en empêchant la perspiration habituelle de cette membrane, avait probablement déterminé pour la remplacer, une augmentation de la perspiration pulmonaire. La peau de ce malade offrait un épaississement de l'épiderme, tel qu'elle avait la plus grande analogie avec celle des pachydermes et surtout avec celle de l'éléphant. La cause de cet état morbide ne peut être bien appréciée; on pouvait la trouver dans l'incurie du malade. Déjà il avait pris inutilement des bains de plusieurs espèces pour se guérir, et après quelques jours de repos, il se refusa à tenter un nouveau traitement.

Choléra asiatique. — La place du choléra asiatique dans nos cadres nosologiques, est encore fort incertaine. Le funeste passage de ce terrible fléau à travers nos contrées, nous a surtout et presque seulement fait connaître qu'il diffère tout-à-fait des autres maladies que nous avons l'ha-

bitude d'observer. Nous n'avons pu voir dans le choléra asiatique une gastro-entérite. La cause spéciale de la maladie, sa marche la plus ordinaire, l'absence de la plupart des symptômes qui caractérisent la gastro-entérite, tels que la rougeur de la langue, les douleurs épigastriques ou abdominales, la fréquence du pouls, la sécheresse et la chaleur de la peau, etc., nous ont empêché de confondre les deux affections. L'état particulier du système cérébro-spinal, de la circulation générale et capillaire, du sang lui-même, de la calorification et des différentes sécrétions suspendues ou altérées, nous a paru caractériser d'une manière spéciale le choléra asiatique. Les lésions anatomiques d'après lesquelles on voudrait rapprocher le choléra de la gastro-entérite, nous semblent insuffisantes; d'abord parce qu'elles sont loin d'être constantes et absolument semblables dans les deux maladies, ensuite parce qu'on n'est pas d'accord sur la nature et les caractères de ces mêmes lésions. Les succès nombreux obtenus dans une foule de cas de choléra par certains toniques, certains astringens, et les effets de la saignée souvent utile au début de la maladie pour empêcher la stase sanguine des organes, bien plus que comme moyen antiphlogistique, nous ont encore empêché de confondre *toujours* le choléra avec une inflammation. Nous l'avons placé à la fin des flux et avant les névroses, parce que nous avons été frappé d'une part de l'action toxique qui s'emparait du système nerveux, troublait si profondément l'hématose et la circulation; et que d'un autre côté le flux cholérique tout spécial qu'il fallait arrêter, pour ainsi dire, avec autant de promptitude qu'une hémorrhagie, nous ont semblé former les élémens principaux de la maladie sur la description générale de laquelle la nature de ce travail nous empêche de nous étendre davantage.

Observation. — Les cas de choléra étaient devenus très-rares; il n'y en avait plus alors à la Pitié, lorsque la maladie se déclara le 21 décembre chez une femme âgée

de 39 ans, convalescente d'une grave péripneumonie gauche, pour laquelle nous l'avions reçue à la clinique le 14 du même mois.

21 décembre. Facies abattu, yeux un peu enfoncés dans les orbites, voix éteinte, grêle; dévoiement dont nous ne pouvons voir le produit, point de vomissemens ni de douleurs abdominales, urines normales. (Julep additionné d'une once de sirop de ratanhia; lavement de pavot et d'amidon.)

22. Choléra confirmé par l'état de la face et de la voix, le développement de la cyanose et la mollesse de la peau, la presque disparition du pouls, les vomissemens et les déjections cholériques. La langue est pâle, humide et froide; les urines sont beaucoup diminuées de quantité; des crampes se font sentir dans les mollets et les bras. (Un gros et demi d'extrait de ratanhia en trois doses; trois-huitièmes de grain d'hydrochlorate de morphine en pilules; fragmens de glace; deux demi-lavemens avec un gros et demi d'extrait de ratanhia; cataplasmes sinapisés aux mollets; briques chaudes autour de la malade.)

23. Même état; cependant diminution légère dans les évacuations. (Même prescription.)

24. Le pouls commence à reparaître; les évacuations cholériques sont beaucoup diminuées, mais toujours de même nature; la peau reprend un peu de consistance; les crampes sont peu marquées. (Ratanhia en poudre et en lavemens; glace; potion de Rivière; briques chaudes.)

25. L'amélioration augmente graduellement.

26. L'épigastre est légèrement douloureux. (Cessation de l'extrait de ratanhia; limonade, eau de Seltz frappée de glace.)

Les jours suivans l'urine reprend son cours ordinaire, le pouls son développement accoutumé, l'appétit et la digestion un état satisfaisant. Un reste d'épanchement thoracique du côté gauche a complètement disparu pendant les

jours précédens, et cette partie du thorax a repris un son clair. La malade sort entièrement guérie le 5 janvier.

Névroses. — Nous avons placé dans cette classe une foule de maladies qui n'ont de rapports que par une modification morbide générale ou partielle du système nerveux. Peu d'entre elles ont offert de l'intérêt.

Chlorose. — L'usage de la limaille de fer a été suivi des meilleurs effets dans deux cas de chlorose qui se sont présentés à notre observation, et que nous avons rapportés à une altération du système nerveux qui préside à l'hématose.

Colique saturnine. —Nous avons de nouveau constaté l'utilité des lavemens purgatifs énergiques unis à l'usage de simples boissons adoucissantes, dans le traitement ordinairement si compliqué de cette maladie.

Gastralgie. — Une femme atteinte de gastralgie rebelle à plusieurs traitemens, s'est très-bien trouvée de l'usage intérieur du magistère de bismuth et de lavemens d'asafœtida.

Delirium tremens. — Un buveur, tourmenté par des contrariétés, fut pris de cette maladie. Les lavemens opiacés en ont calmé les accidens avec promptitude.

Névralgie de la septième paire. — L'application d'un emplâtre d'opium sur la sortie de cette paire de nerfs, fit cesser facilement les douleurs que la malade ressentait dans la face.

Tremblement mercuriel. — C'est sans doute par l'intermédiaire du système nerveux, que l'on voit l'appareil musculaire si singulièrement affecté dans cette maladie. Le doreur qui en était atteint prit avec succès le soufre lavé à la dose de deux gros par jour, la tisane sudorifique et les bains sulfureux.

Paraplégie. — Nous avons attribué les deux paraplégies que nous avons observées, à une lésion primitive du système nerveux qui a déterminé ensuite l'affaiblissement des muscles des membres inférieurs. L'observation la plus re-

marquable est celle d'une couturière âgée de 20 ans, d'une taille assez élevée, d'une bonne constitution, et qui entra à la clinique le 13 janvier. La maladie avait commencé depuis onze ans, sans que sa cause ait pu être connue; l'époque de la puberté ne l'avait pas modifiée. La malade était dans l'état suivant : amaigrissement peu marqué des membres abdominaux, contraction facile des muscles de ces parties, mais ne se soutenant ni avec assez de force ni avec assez d'énergie pour permettre long-temps la station debout ou la progression; prédominance des extenseurs des orteils qui les tient habituellement et inégalement relevés; quand la malade reste debout, ses cuisses tendent à se fléchir sur le bassin; lorsqu'elle veut marcher, son allure est chancelante, ses pieds s'entrecroisent et se heurtent, leurs mouvemens sont incertains et vacillans comme dans la chorée, ces difficultés dans les mouvemens augmentent le soir et pendant l'époque menstruelle; la sensibilité des membres ne paraît point altérée; toutes les autres fonctions sont dans l'état normal.

L'extrait alcoholique de noix vomique, donné à la dose de deux à cinq grains dans un quart de lavement que la malade gardait, occasionnait immédiatement de légères coliques, mais point de dévoiement; de légères secousses dans les membres se faisaient sentir une ou deux heures après. Dès le quatrième jour de l'emploi de ce médicament, la marche était moins incertaine. Le 5.e jour, la dose qui avait déjà été prise la veille (cinq grains), détermina de la rougeur au visage, des vertiges accompagnés de bourdonnemens dans les oreilles, et de trouble dans les idées. On abaissa à trois grains la dose d'extrait, puis on la ramena lentement à cinq. L'apparition des règles eut lieu quelques jours plus tôt qu'on ne les attendait. Les mouvemens présentèrent pendant leur durée plus de difficultés; l'amélioration reprit ensuite sa marche. Plus tard on remplaça l'extrait alcoholique qui agissait peu, et dont on craignait

cependant d'augmenter la dose par la strichnine donnée en pilules. On en éleva la dose d'un huitième à deux tiers de grain. Sous l'influence de cette médication, le rétablissement de la contraction musculaire se fit assez rapidement pour permettre à la malade de sortir guérie le 25 mars.

Fièvres intermittentes. — Ces maladies périodiques de différens types ne présentaient aucun symptôme prédominant bilieux ou inflammatoire. Le sulfate de quinine en triompha facilement. Celle de ces maladies qui se présenta sous le type de quarte doublée, perdit d'abord le second accès qui avait lieu le jour de pyrexie, et la fièvre quarte simple qui subsista céda ensuite comme les autres à l'usage du sulfate de quinine.

Nous avons classé dans un appendice des maladies qui n'ont entre elles aucune analogie, mais qu'il était difficile de placer dans notre cadre. Les maladies vénériennes se sont présentées sous plusieurs formes : pustules à la peau, ulcérations à la gorge, exostoses ; toutes ont cédé à l'emploi du mercure chloruré ou iodûré.

Dans une seconde partie, nous donnerons les observations détaillées les plus intéressantes de ce travail ; elles ont été recueillies par M. Grand et par quelques élèves de la clinique ; nous y ajouterons quelques considérations thérapeutiques sur l'emploi des fumigations pulmonaires, de l'iode et de quelques autres médicamens.

Les faits observés dans l'épidémie de choléra-morbus de Paris, en 1832, tendent-ils à faire croire que l'extension de la maladie ait eu lieu par contagion? par M. Gaultier-de-Claubry.

Depuis que le choléra-morbus a régné dans Paris, on a souvent avancé, comme un fait certain, que quand cette maladie s'est déclarée dans un quartier, dans une maison,

au sein d'une famille, il est bien rare qu'elle se soit bornée à y affecter une seule maison, un seul ménage, une seule personne; quelques médecins ont montré dès-lors une tendance non douteuse à conclure de là que l'extension de la maladie avait lieu par contagion, et M. Velpeau a annoncé (*Archives*, N.° de juin 1832), que, sur plus de quatre-vingts cas dont il a noté en ville les principales circonstances, il n'en était pas un seul dont le sujet n'eût eu quelque rapport, soit direct, soit indirect, avec d'autres cholériques.

Comme, en médecine, ainsi que dans toutes les sciences, les opinions ne doivent être que l'expression des faits bien observés, et que, dans la grande question que j'aborde ici, des faits nombreux, constatés dans toutes leurs circonstances avec exactitude et impartialité, peuvent seuls donner une solution vraie, j'ai eu la pensée d'apporter le faible tribut de mon observation propre, en publiant les résultats d'un nombre assez grand de faits que j'ai recueillis dans ma pratique particulière, sous le rapport des conséquences que la fréquentation intime des malades a eues sur la santé des nombreux assistans qui ont donné leurs soins à ces derniers. Le nombre de ces cas est de 87, dont 37 chez des hommes et 50 chez des femmes.

A la distance de quelques mois, les souvenirs des malades et de leurs familles ne sauraient être assez exacts pour nous faire connaître aujourd'hui avec précision si des rapports directs et surtout indirects avec des cholériques avaient eu lieu, quand la maladie s'est déclarée chez eux. D'ailleurs, il faudrait, avant tout, qu'on fût bien d'accord sur ce qu'il conviendrait d'entendre par des rapports indirects avec des sujets cholériques. Serait-ce, en effet, par l'intermédiaire d'une seule, de deux, ou d'un plus grand nombre de personnes successivement? Serait-ce par le séjour passager ou l'habitation plus prolongée dans des lieux où auraient précédemment demeuré, où seraient morts des cholériques? Serait-ce enfin par quelque contact effectué au moyen des

objets de literie, linge de corps, vêtemens, qui leur auraient appartenu? Aussi, me suis-je exclusivement appliqué à rechercher quelles ont été, pour les assistans, les conséquences des soins que ces derniers ont donnés, dans les 87 cas, aux malades avec lesquels ils ont eu des rapports immédiats et prolongés. Cela suffira pour le but que je me propose; car si, dans la presque totalité des cas, les sujets cholériques observés par moi dans des conditions très-différentes de professions, de fortune, d'habitation, ont pu être impunément approchés, soignés par leurs parens, leurs amis, cette circonstance diminuera de beaucoup l'importance qu'on serait tenté d'attacher à quelques rapports, soit directs, soit surtout indirects, que les sujets actuellement affectés de choléra auraient pu avoir, avant de tomber malades, avec d'autres individus cholériques. Quoi qu'il en soit, voici les résultats que j'ai obtenus.

Sur 87 cas de choléra-morbus à des degrés différens, dans cinq seulement des accidens consécutifs, légers dans un cas, plus graves dans un autre, mortels dans les trois autres, se sont manifestés à des époques plus ou moins éloignées, parmi les personnes qui avaient eu des rapports directs avec les malades, tandis que, dans 82 autres cas, il n'y a eu aucune extension du mal; c'est-à-dire, que dans un peu moins du 17.e des cas seulement, la fréquentation des malades a été suivie du développement de la maladie chez quelques-uns des assistans. Or, le nombre total de ces derniers était au moins de deux, plus communément de trois, de quatre et même bien davantage, dans quelques occasions; mais en le réduisant, par une large concession, à deux personnes seulement pour chaque malade, cela fait un total de 174 personnes en rapport direct et prolongé avec des cholériques, parmi lesquelles 5 seulement, c'est-à-dire, 1 sur 34 $\frac{4}{5}$, ont été malades postérieurement. Encore faut-il observer que si, dans trois cas, 8, 9 et et 15 jours seulement ont séparé la maladie des premiers

sujets affectés de celle des personnes qui leur avaient donné des soins, 48 jours se sont écoulés entre la maladie d'un père et celle de son fils, et 84 jours entre la maladie d'un homme et celle de sa femme. Or, qui n'hésiterait pas à affirmer qu'à une aussi grande distance, il y a eu entre ces derniers cas quelque rapport de cause à effet? Un cas qui s'est présenté à mon observation, démontre d'ailleurs combien on doit être réservé quand il s'agit d'établir la dépendance d'un fait à l'égard d'un autre fait. Une femme succombe le 6 avril, après dix-huit heures des accidens d'un choléra-morbus sur-aigu. Sa sœur, qui vint la visiter cinq heures avant sa mort, est prise dans la nuit suivante des symptômes cholériques les plus graves, et meurt dans la soirée du lendemain. Peut-on attribuer cette prompte mort à la visite faite à la sœur malade, quand on saura que la seconde sœur avait déjà depuis quarante heures une diarrhée séreuse excessive, et accompagnée de crampes, qu'elle négligeait complètement, lorsqu'elle vint chez la malade que je soignais, cinq heures seulement avant la mort de cette dernière, et que j'ai acquis la certitude que ces deux sœurs ne s'étaient pas vues, et n'avaient même eu aucun rapport indirect depuis huit jours? Je savais toutes ces particularités du vivant même de la première sœur, ce qui n'a pas empêché qu'on ne répétât dans la famille que la seconde sœur avait été frappée en venant faire la visite tardive dont j'ai parlé.

Ne suis-je pas autorisé à conclure de cette proportion si faible dans laquelle les cas d'affection cholérique secondaire se sont présentés à la suite des 87 cas de choléra que j'ai observés, que, pour expliquer la propagation de la maladie en général, il faudrait peut-être chercher une autre théorie que celle de la contagion par suite des rapports plus ou moins intimes avec les malades? En effet, à moins d'admettre, ce qui semble absurde, que des rapports indirects, fugaces, de peu de durée, ont plus d'efficacité pour trans-

mettre la maladie, que des rapports directs, immédiats, prolongés, tels que ceux qui résultent de la fréquentation répétée des malades et des soins multipliés qu'on rend à ces derniers, on ne conçoit pas comment, sur 174 personnes assiduement occupées à soigner des malades, 5 et plus exactement 3 seulement auraient consécutivement contracté la maladie, tandis que 169 autres y auraient complètement échappé ?

Quant aux résultats de ma pratique elle-même dans ces 87 cas, ils sont loin d'être brillans, puisque 31 sujets ont succombé, répartis ainsi qu'il suit, 9 sur 37 hommes, et 22 sur 50 femmes.

Abcès nombreux dans les muscles et le tissu cellulaire des membres, accompagnés d'une éruption de boutons purulens et d'un érysipèle gangréneux de la face; par M. Rennes, médecin à Bergerac, ancien médecin ordinaire des armées, et agrégé de la Faculté de Strasbourg.

Le cahier des *Archives* du mois de mars (tom. I.er, 2.e série), contient, entr'autres faits intéressans recueillis dans le service de M. Rayer et publiés par M. Duplay, une observation remarquable de diathèse purulente, manifestée sous forme d'accès considérables dans diverses parties du corps; observation que son auteur a rapprochée de deux autres faits fort analogues, également publiés dans ce journal, dans un mémoire sur la phlébite, par M. Dance. Ce dernier, tout en confessant qu'il ignore la nature et le caractère de la maladie, est cependant tenté de l'attribuer à l'existence d'une plébite profonde qui n'a point été recherchée sur le cadavre. Le premier, qui a pu faire cette recherche et n'a point trouvé de phlébite, ne sait comment expliquer cette tendance singulière à la formation du pus dans

diverses parties du corps ; il regarde la question comme ne pouvant être résolue dans l'état actuel de la science et attend d'autres observations qui viennent compléter les premières.

Le fait que je publie pourra trouver place à la suite des précédens. S'il ne doit pas jeter un grand jour sur la cause et la succession des désordres qui lui sont communs avec les faits précités, il vient utilement se joindre à des cas analogues et augmentera le nombre des observations anatomiques relatives à la naissance et au développement des abcès profonds, comme à la disposition particulière qu'affecte la matière purulente dans l'épaisseur de nos tissus. Rien n'est à négliger aujourd'hui de ce qui tend à éclairer la doctrine moderne de l'humorisme et à lui assigner la place qu'elle mérite dans l'appréciation des phénomènes pathologiques.

— Le 22 avril 1828, je reçois dans mes salles, à l'hôpital militaire de Strasbourg, le nommé *Allemand*, soldat du train, âgé de 32 ans, grand, fort et robuste, malade depuis quinze jours. Il déclare avoir éprouvé de la fièvre, puis des tumeurs douloureuses aux jambes et aux cuisses, qui se sont affaissées et laissent voir à leur place des enfoncemens correspondans susceptibles d'admettre l'extrémité d'un ou plusieurs doigts, suivant leur étendue. Les membres supérieurs, particulièrement les avant-bras, présentent encore plusieurs de ces tumeurs, dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un petit œuf de poule. Ces tumeurs sont molles, presque sans rougeur, mais fort douloureuses comme les premières. La face est en même temps gonflée, luisante et présente l'aspect érysipélateux. Il y a insomnie; tête lourde; soif vif; toux sèche; constipation; douleurs profondes dans les extrémités inférieures; le pouls est plein, fort et fréquent. Je prescris une saignée de douze onces, qui produit un caillot serré et une couenne épaisse de demi-ligne; les avant-bras sont couverts de cataplasmes

émolliens et les extrémités inférieures de fomentations de même nature.

Le lendemain, pouls plus souple, toujours fréquent; face moins rouge et moins tuméfiée : le soir, même état; langue plus sèche; soif plus vive; point de douleur abdominale. Vingt sangsues à l'épigastre; hémorrhagie abondante. Le 24 au matin, pouls développé, fréquent; légère moiteur; éruption sur les cuisses de pustules d'une nature particulière. (Saignée de huit onces; sang couenneux, caillot serré, nageant dans une abondante sérosité :) la nuit est plus tranquille. Le 24, pouls déprimé; douleurs moindres dans les membres; éruption sur toutes les parties du corps, mais particulièrement sur le ventre, de boutons suppurés assez semblables à ceux de la varicelle. L'un des abcès de l'avant-bras ayant été ouvert à l'aide du bistouri, il en est sorti un pus épais, visqueux, d'un blanc grisâtre, exempt d'odeur. L'érysipèle se manifeste surtout sur les parties supérieures et latérales du nez; l'œil droit est fermé, larmoyant. (Huit sangsues sous les mâchoires; vésicatoires aux jambes.) Le soir, agitation; léger délire; le malade veut sortir de son lit et laisse échapper ses urines sans avertir; deux points gangréneux apparaissent, l'un sur le nez, l'autre au-dessus du sourcil gauche; les crachats sont épais, grisâtres et fétides. Le 26 au matin, les taches gangréneuses ont acquis plus d'étendue; elles présentent la largeur d'une pièce de deux francs; la phlyctène est bien formée au-dessus du sourcil; le pouls est fortement déprimé, petit et fréquent; léger coma; pas de douleurs; les boutons de l'éruption sont beaucoup plus gros et plus saillans que la veille, jaunâtres au centre, remplis de pus et environnés d'un cercle rouge; la langue n'est pas plus sèche que les jours précédens; le ventre est libre. (Bourrache miellée; potion gommeuse acidulée; poudre de camphre sur l'érysipèle.) Le soir à deux heures, le malade est toujours dans un état sémi-comateux et chasse légèrement aux mouches;

une sérosité roussâtre s'échappe de la plaie du nez, et les pustules sont affaissées; le pouls est de plus en plus déprimé; les crachats, qui contiennent un peu de sang dissous, sont rendus avec peine. A six heures, une sueur abondante s'engage, trois chemises en sont mouillées. Jusqu'à dix heures alors, la respiration devient de plus en plus gênée; les crachats se suppriment; le râle commence à minuit, et la mort a lieu le 27 à une heure et demie du matin.

Autopsie le 28 à 8 heures du matin. — Pas d'amaigrissement, point d'odeur forte. Les tâches gangréneuses de la face pénètrent toute l'épaisseur du derme et du tissu cellulaire sous-jacent, à la profondeur d'environ trois lignes, diminuant de largeur et d'intensité à mesure qu'elles s'enfoncent davantage. Le tissu cellulaire sous-cutané des membres est le siége d'une vingtaine de foyers plus ou moins remplis d'un pus analogue à celui qui a été évacué pendant la vie par l'ouverture de l'un de ces abcès. Les muscles des extrémités supérieures et inférieures, particulièrement ceux des jambes et des avant-bras, présentent un nombre égal de collections purulentes de la grosseur d'une noix muscade à celle d'une grosse noix. Le pus qu'elles contiennent, épais, visqueux, roussâtre, semblable à la purée de lentille, est compris dans la substance même des muscles, dont les fibres sont là mâchées, fondues, interrompues, tronquées brusquement et non pas seulement écartées. Ces abcès, exactement circonscrits et comme enkystés, ont les parois formées par la substance musculaire même, rendue grisâtre très-superficiellement; au pourtour, on ne remarque aucune altération du muscle. Ces abcès sont situées pour la plupart très-profondément dans les membres; les muscles du tronc n'en présentent pas de trace. Tout le système musculaire est d'un rouge foncé. Les muscles du dos sont presque violets. Les articulations sont saines.

La pie-mère, assez fortement injectée, est d'un rouge-brun qui se prononce surtout dans les plexus choroïdes et la toile choroïdienne. Toutes les parties du cerveau offrent une fermeté très-remarquable; sa substance est plus colorée que de coutume; le cervelet n'a rien de particulier; la protubérance annulaire et la moelle alongée sont extrêmement dures : point de sérosité dans les ventricules.

La membrane muqueuse de la trachée-artère est légèrement rouge; ses divisions le sont d'autant moins qu'elles s'enfoncent davantage dans le poumon. Le tissu de celui-ci est noirâtre, exempt d'altérations, plus particulièrement engorgé par le sang dans la partie droite, où l'on aperçoit quelques glandes noirâtres. Le cœur est très-volumineux, les parois du ventricule gauche sont très-épaisses, et sa cavité est peu considérable. On ne trouve point de sang dans cet organe; mais les veines, tant du tronc que des membres, sont remplies d'un sang noir, en partie caillé, qui colore fortement les tissus sur lesquels il se répand. Les vaisseaux eux-mêmes ne présentent rien de remarquable. L'intérieur de l'estomac présente à son bas-fond une rougeur superficielle; l'intestin une coloration rouge très-légère et uniforme dont on peut se dispenser de tenir compte. Les muscles psoas et iliaques sont exempts de dépôts. Le foie est volumineux, un peu coloré par le sang qu'il contient. La rate et la vessie sont saines.

Je ne veux ajouter à cette observation aucune réflexion sur la nature et le caractère de la maladie; je dois cependant faire remarquer que les abcès des membres inférieurs ont précédé l'érysipèle de la face, et ne peuvent en être considérés comme la conséquence. Je veux plus spécialement signaler ces dépressions de la peau, correspondant à la disparition des tumeurs des jambes et des cuisses, et cette éruption particulière de boutons pisiformes, immédiatement remplis de pus, qui apparaissent en quelques heures, et que j'ai vus constamment être un présage de mort. Je les

ai observés cinq ou six fois dans des cas de fièvre putride avec parotides suppurées, et deux autres fois dans des cas de rhumatismes articulaires aigus, qui ont eu promptement une terminaison funeste.

Nul doute que les faits du genre de celui-ci ne soient en réalité plus nombreux qu'on ne le croit, et qu'ils n'eussent été publiés, si ce n'était l'entraînement de l'esprit de système chez quelques-uns, ou la crainte de paraître sacrifier à l'humorisme chez quelques autres. Cependant à l'époque où nous vivons, et surtout après l'apparition du choléra-morbus asiatique, qui a donné un si grand développement aux idées médicales, je ne conçois pas comment on oserait livrer au ridicule cette tendance des jeunes médecins à la réhabilitation de l'humorisme raisonnable, non pas de l'ancien humorisme spéculatif si justement flétri dans ses exagérations, mais de l'humorisme régénéré qui naît de l'observation et de l'expérience, qui n'a rien d'exclusif, et qui, assujetti à la méthode rigoureuse de l'analyse, se présente comme le complément des doctrines tronquées du solidisme, dans une foule de cas où celles-ci ne peuvent suffire à l'explication des phénomènes.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Anévrysmes de l'artère axillaire ; guérison par la ligature de l'artère sous-clavière. (Med. Chir. Transact., *vol. XVI.*) (1)

I.re *Obs.* — Henri Lobb, homme vigoureux, âgé de 46 ans, entra à l'hôpital le 30 juin 1830. Il portait une

(1) La première observation appartient au docteur T. Crossing ; la deuxième au docteur Ch. Mayo.

tumeur diffuse, pulsative, située immédiatement sous la clavicule du côté droit et en contact avec elle, s'étendant jusqu'au cartilage de la cinquième côte, dans l'aisselle et sur le sommet de l'épaule, tendue, élastique, offrant ordinairement des battemens obscurs, et quelquefois si manifestes, qu'on les apercevait à une grande distance du malade. Cette tumeur n'était pas compressible, mais on pouvait toujours suspendre les pulsations en comprimant l'artère au-dessus de la clavicule. Le bras était considérablement tuméfié depuis l'épaule jusqu'au bout des doigts, engourdi, et avait perdu toute aptitude à se mouvoir. Le pouls n'était pas sensible au poignet; le membre était écarté du tronc presque à angle droit, par le volume de la tumeur; le muscle pectoral et les ligamens étaient prodigieusement distendus. La douleur était constante, mais souvent insupportable; le malade ne pouvait se coucher sur le dos; il se tenait assis sur son lit, le bras soutenu par un coussin et le corps penché en avant. Henri Lobb exerçait le métier de pilote et de pêcheur; il s'était toujours bien porté, lorsqu'après une nuit froide où il avait tenu long-temps ses bras plongés dans l'eau de la mer, il sentit une vive douleur au coude, où il y avait un peu de tuméfaction. Il fut obligé de quitter ses travaux. On le traita pour un rhumatisme. Au bout de quelque temps, l'avant-bras s'étant enflé, avec des élancemens, il aperçut une petite tumeur grosse comme une noix, entre la clavicule et le tendon du grand pectoral; elle était survenue presque subitement, ayant été précédée pendant quelques jours d'un grand mal-aise dans l'aisselle. Au bout de quinze jours elle avait atteint le développement indiqué plus haut. A son entrée à l'hôpital on le saigna, on le mit à une diète convenable pour le préparer à l'opération de la ligature de l'artère sous-clavière qui fut faite dix jours après.

Le patient fut placé dans un fauteuil; la tête inclinée à gauche fut maintenue par un aide. Les tégumens étant atti-

rés du côté de la poitrine, une incision fut faite à partir de l'attache sternale du sterno-mastoïdien, sur la clavicule, dans une étendue de trois pouces et demi; on laissa les parties revenir à leur place; alors l'incision remonta d'un demi-pouce et fut presque parallèle à l'os; elle découvrit la veine jugulaire qui fut attirée de côté avec un crochet mousse. Le *fascia cervicalis* fut divisé avec soin depuis le bord claviculaire du sterno-mastoïdien jusqu'à l'extrémité de la plaie, ce qui mit à nu le sterno-hyoïdien. Ce muscle, au lieu de former un espace triangulaire avec le scalène et la clavicule, était parallèle à cet os et presque couché sur lui. On passa sous lui une sonde cannelée, et on le divisa. Le reste de l'opération fut pratiqué avec le doigt et la sonde. Une membrane celluleuse lâche et une glande graisseuse furent enlevées; l'artère se trouva immédiatement au-dessous; on en sépara trois branches nerveuses considérables, et elle fut liée. Cette partie de l'opération fut extrêmement difficile; il fallait passer la pointe de l'aiguille sans blesser l'artère ni aucune des parties délicates environnantes; on y parvint avec l'instrument ingénieux de Weiss. En serrant l'artère on fit cesser les battemens de la tumeur. Un des chefs de la ligature fut coupé près du vaisseau, l'autre resta en dehors de la plaie qui fut fermée à l'aide d'une suture et d'emplâtres agglutinatifs. Pendant l'opération, qui fut supportée avec beaucoup de courage, deux artères furent liées; le malade ne perdit pas plus de deux drachmes de sang. Il s'écoula vingt-cinq minutes depuis le moment où il quitta son lit jusqu'à celui où on l'y reporta.

Aussitôt après l'opération, la tumeur, qui était le siège d'une grande souffrance, devint complètement indolente; le malade put reposer le dos sur des coussins, ce qu'il n'avait pu faire depuis plusieurs semaines. Le bras fut enveloppé de flanelle, et conserva la même température que l'autre. Le malade dormit pendant le jour; le soir il était tranquille;

pouls à 90, sans dureté. Pendant les neuf premiers jours qui suivirent l'opératiou, les nuits furent calmes, il y eut à peine de la fièvre. On administra un purgatif. Le gonflement du membre diminua très-lentement; la chaleur normale s'y conserva, et des picotemens s'y firent sentir. La tumeur avait considérablement diminué, le 10.e jour; la ligature d'une petite artère céda en pansant la plaie; il en résulta une petite hémorrhagie qui fut réprimée par des applications froides. Le malade s'inquiéta, et le pouls s'étant élevé, on tira 14 à 15 onces de sang de la veine. Des douleurs au larynx et à la tête, avec uu pouls dur et plein, et une toux fatigante, nécessitèrent une seconde saignée. Le 11.e jour, les purgatifs furent employés. Le soir, le pouls étant plus dur et plus plein, et les pulsations autour de la ligature très-fortes, on fit une troisième saignée qui fut suivie d'uue légère syncope. Deux jours après tous les accidens étaient entièrement calmés. Depuis ce moment l'état du malade alla de mieux en mieux. La ligature de l'artère fut retenue plus long-temps que cela n'a lieu ordinairement; elle tomba le 95.e jour. Six mois après l'opération, Henri Lobb jouissait d'une belle santé, la circulation se faisait librement dans le bras. Il ne restait de la tumeur qu'un léger épaississement dans les parois de la poche anévrysmale, le long du bord externe du grand pectoral. Le membre a perdu un peu de sa force et de sa sensibilité, ce qui n'est point étonnant après une si longue inactivité des muscles, et après que les nerfs ont été si long-temps comprimés par une tumeur de douze pouces sur huit.

Chez une douzaine de sujets qui ont été examinés par le docteur Crossing, il a constamment trouvé située sur l'artère sous-clavière, cette glande qui fut enlevée pendant l'opération. Ne serait-ce pas un meilleur guide que le muscle scalène pour découvrir cette artère? En se dirigeant d'après la position de cette glande qui est placée justement

sur l'endroit de l'artère qu'on doit lier, on découvrirait celle-ci et on la dégagerait du tissu cellulaire qui l'entoure, en même temps. En tous cas, la glande manquant, on pourrait toujours suivre l'ancien procédé. Il est bon de remarquer que Henri Lobb portait depuis plus de dix ans une hernie volumineuse irréductible. Ce fait tend à prouver qu'un déplacement considérable des parties essentielles à la vie n'est point une contr'indication aux opérations les plus graves de la chirurgie.

II.e *Obs.* — William Matthews, âgé de 49 ans, domestique, consulta le docteur Mayo, le 19 mars 1831, pour une douleur dont il souffrait depuis un mois dans le côté gauche de la poitrine et l'épaule gauche. On l'avait saigné et traité par les sudorifiques et les embrocations, dans la croyance que sa maladie était un rhumatisme. Il portait sous la clavicule gauche une tumeur qu'à ses pulsations M. Mayo reconnut pour un anévrysme. En comprimant l'artère sous-clavière dans l'endroit où elle passe sur la première côte, on faisait cesser les battemens de la tumeur qui devenait plus molle; c'était donc un anévrysme de l'artère axillaire. Le malade fut saigné et mis à l'usage d'une mixture avec le tartre antimonié et la teinture de digitale. Il cessa ses occupations et mit son bras en écharpe. Il s'était aperçu de cette tumeur à peine depuis quinze jours. Il était obligé de se tenir couché sur le dos, seule position qu'il pût supporter à cause de la douleur excessive qui résultait sans doute des tiraillemens imprimés au plexus nerveux de l'aisselle. Le 24 mars, les progrès de la maladie engagèrent à recourir à la ligature de l'artère sous-clavière, qui fut pratiquée le 26.

Après avoir attiré la peau du cou en bas, le docteur Mayo y fit une incision de trois pouces et demi sur la clavicule, depuis l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à la portion claviculaire du muscle trapèze; le peaucier et le *fascia cervicalis* furent divisés avec soin; plusieurs branches

de la veine jugulaire externe furent divisées et entourées d'une ligature. Il chercha le bord du muscle sterno-mastoïdien qui traversait la partie supérieure de la plaie, et directement au-dessous, il put placer son doigt sur l'artère à son passage sur la première côte; elle semblait être à un pouce et demi ou deux pouces au-dessous de la surface. Il se fraya un chemin jusqu'à elle par une dissection minutieuse, et en écartant le tissu cellulaire avec le manche du scalpel et avec la sonde, jusqu'à ce qu'enfin il posât son doigt sur la côte, puis sur l'artère, autour de laquelle il fit passer une forte ligature à l'aide d'une aiguille ordinaire mousse. Après s'être assuré que l'artère seule y était comprise, il la serra. La veine sous-clavière se trouva en dedans et au-dessous du bord supérieur de la clavicule, mais elle ne mit aucun obstacle à l'opération; au contraire, les branches de la veine jugulaire externe furent très-gênantes et remplirent constamment la plaie de sang. Dans la crainte d'ouvrir des vaisseaux plus considérables, la plaie interne n'eut que deux pouces de longueur. Le malade supporta l'opération avec courage, mais avec quelque impatience, parce qu'elle dura plus de vingt minutes. Les pulsations cessèrent, la douleur fut considérablement diminuée. Le soir, il sentit de la raideur et de la douleur dans le cou; une toux sans expectoration le fatiguait. Il prit du thé et du gruau, et une potion calmante.

Le lendemain matin, il était très-faible; il prit un purgatif. Le pouls était à 94; le bras et la main gauche avaient une bonne chaleur, mais ils étaient lourds; le pouls n'était pas sensible au poignet. La plaie allait bien, la tumeur avait beaucoup diminué. Vers le soir, la fièvre et la toux engagèrent à faire une saignée de huit onces; le sang était légèrement couenneux. La tumeur continua à diminuer progressivement, le pouls revint peu-à-peu, la plaie se ferma promptement, excepté à l'endroit qui donnait passage aux ligatures. Le 6 avril, la plaie s'était ouverte à son extré-

mité acromiale, et avait donné issue à une grande quantité de grumeaux sanguinolens qui paraissaient provenir de la poche anévrysmale, car elle était beaucoup moins tendue. Le soir, pour la même raison, il fallut renouveler le pansement. Le 9 et le 10, le pouls avait cessé d'être perceptible au poignet. Le 13, la ligature tomba, et semblait être libre depuis quelque temps, car le nœud était près du bord de la plaie, mêlé avec quelques granulations spongieuses. La plaie étant restée fistuleuse en deux endroits, on divisa la peau d'une fistule à l'autre sur la sonde cannelée, et on toucha le fond de la plaie avec le nitrate d'argent. Le 2 mai, le patient était très-bien, mais la plaie était restée fongueuse; on la toucha avec un caustique plus fort. Le 10, elle était guérie. La tumeur avait complètement disparu, le bras reprenait sa force, mais le pouls n'était plus senti au poignet.

L'homme qui fait le sujet de cette observation était d'une constitution athlétique, il avait six pieds de haut. La tumeur, qui s'étendait à presque toute la clavicule, avait quatre ou cinq pouces de long sur trois pouces de profondeur. Dix ans auparavant, M. Mayo avait fait la même opération sans succès, mais il avait laissé marcher la maladie plus long-temps. Il est probable que cette fois le malade a dû son salut à la promptitude avec laquelle on s'est décidé à l'opérer. Il n'y a rien à gagner, et au contraire, tout à perdre à temporiser; quand la maladie a fait de grands progrès, il est rare que le chirurgien puisse sauver son malade. — Il peut être utile de comparer ces deux observations ainsi rapprochées.

Du diagnostic différentiel de la cataracte noire comparée à l'amaurose, au glaucôme, et à d'autres maladies de l'œil; par le docteur WARNATZ (1).

I. *Cataracte noire.* — Le développement, d'ailleurs très-lent, de cette cataracte, comme celui des autres espèces, n'est point accompagné de ces violentes douleurs qu'il est assez fréquent d'observer au début de l'amaurose. L'aspect de l'œil ne présente pas de changement notable, à l'exception d'une congestion vasculaire analogue à celle qui existe dans le glaucôme et d'autres maladies de l'œil. La chambre antérieure n'a plus sa profondeur habituelle, phénomène qui résulte de l'accroissement de volume de la lentille crystalline. L'état de l'iris et de la pupille offre aussi des changemens, mais sur lesquels les auteurs varient d'opinion. Toutefois, on peut considérer comme symptôme constant, une douleur obtuse dont l'iris paraît être le siège, et causée par la pression que le cristallin, devenu plus volumineux, exerce sur cette membrane, et dont il change la forme et les rapports naturels. D'après les observations de MM. Guillié, Pellier, Lusardi et Benedict, la contractilité de l'iris ne serait que peu ou point altérée; suivant Wenzel, Janin et Fabrici, cette membrane serait, au contraire, complètement insensible à l'action de la lumière : Lusardi assure qu'elle se contracte beaucoup plus sous l'influence d'une lumière modérée, que sous celle d'une lumière vive et brillante. Un symptôme caractéristique se tire de la couleur noire de la pupille, couleur qui a des nuances qu'un praticien exercé saisit aisément, et qui passent par des gradations insensibles d'un noir olivâtre au noir rougeâtre, au noir obscur, au noir de fer, et enfin à ce noir brillant que Pellier a observé une fois. Cette couleur a un aspect

(1) *Allegmeine medicinische Zeitung.* Num. 73, an. 1832. — *Annali univ. di Med.* Décembre 1832.

terne tout particulier qu'on peut très-bien comparer à celui que présente une tache d'encre sur le papier lorsqu'elle est sèche. Cette teinte, que M. Boyer qualifie de noir mat, a son siège dans le cristallin; on la remarque immédiatement derrière la pupille, et à une distance de la face postérieure de la cornée, bien moindre que celle qu'on observe dans l'amaurose. Cette couleur noire du cristallin absorbe tous les rayons lumineux qui viennent frapper ce corps, de telle sorte que ce point du globe oculaire n'offre plus à l'œil de l'observateur cette réflexion qui est ordinaire, et d'où il résulte qu'on voit ainsi sa propre image réfléchie en examinant un œil en face et de près. On sait que cette réflexion des objets est très-marquée dans l'œil amaurotique. Stevenson considère ce symptôme comme un des plus importans.

En portant sur la conjonctive oculaire quelques gouttes d'une solution de belladone, on rend ce phénomène encore plus sensible. Toutefois il faut savoir que dans quelques cas l'action de ce médicament est très-faible par suite du peu de sensibilité de l'iris, et on l'a vue même être nulle. A l'aide de ce moyen on peut aussi s'assurer que la vision n'est pas abolie. Des observations nombreuses prouvent que les malades affectés de cataracte noire conservent la faculté de voir les objets le jour comme la nuit; lorsqu'on dilate ainsi artificiellement la pupille, ils distinguent parfaitement dans l'obscurité les objets un peu volumineux, pourvu qu'on les éclaire faiblement. Ce résultat est d'ailleurs aisé à comprendre, quand on se rappelle que généralement la pupille se dilate davantage sous l'influence d'une lumière modérée que par l'effet d'une brillante lumière. C'est alors que les rayons lumineux qui rencontrent la circonférence non encore opaque du cristallin, la traversent, et vont frapper la rétine. Janin cite l'exemple d'un malade qui voyait toujours la flamme d'une bougie entourée d'un reflet rouge particulier qui dépendait, sans aucun doute, de ce que le cristal-

lin, non encore opaque à sa circonférence, avait déjà une teinte noire-rougeâtre. Le même auteur rapporte aussi que plusieurs malades éprouvaient des hallucinations variées ; par exemple, ils voyaient des étincelles, des corpuscules semblables à des mouches, des bandes ou des lignes sinueuses, etc., etc.

II. *Amaurose.* — Cette affection se distingue de la cataracte noire par les caractères suivans :

Le globe de l'œil, ainsi que les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique, sont communément dans un état de distension très-notable. En pressant légèrement le globe oculaire, on le trouve plus dense, plus résistant.

Dans le plus grand nombre des cas. l'iris est complètement insensible à l'impression de la lumière la plus intense : quand cette membrane n'est pas ainsi immobile, elle ne jouit néanmoins que d'un faible degré de sensibilité et de contractilité. La turgescence vasculaire dont l'œil est alors le siège, apporte assez souvent un changement de couleur dans l'iris.

L'ouverture pupillaire est tantôt rétrécie, mais le plus fréquemment elle est dilatée, et toujours plus ou moins irrégulièrement. La couleur de la pupille est d'un noir lisse, quelquefois verdâtre, et plus souvent d'un gris blanchâtre. Cette couleur occupe évidemment le fond de l'œil ; elle est éloignée de l'iris au lieu d'y toucher comme dans la cataracte noire. La teinte verdâtre s'observe plus communément dans l'amaurose arthritique et dans le glaucôme.

Les malades sont presque tous entièrement privés de la vue; ils ne peuvent distinguer le jour de la nuit, et à peine s'ils ont la moindre perception de la lumière solaire quand elle vient frapper l'œil directement. Ils n'éprouvent beaucoup d'hallucinations et de fréquentes modifications dans la faculté de voir, lorsque la cécité n'est pas complète. Le strabisme existe assez souvent avec l'amaurose ancienne.

Enfin, l'amaurose se développe habituellement tout-à-

coup, précédée et accompagnée de violentes douleurs de tête : en outre, lors même que cette affection est déjà d'une date ancienne, les malades éprouvent encore des hémicrânies insupportables, des douleurs orbitaires, etc.

III. *Glaucôme.* — Cette maladie, qu'on peut confondre, d'après un examen artificiel, avec la cataracte noire, en diffère notablement par les symptômes suivans :

Le glaucôme se manifeste ordinairement dans un seul œil (non dans les deux en même temps), avec obscurcissement de la vue, phénomène qui se dissipe momentanément dès que le malade fait usage d'excitans à l'intérieur. Ce trouble visuel n'est jamais plus prononcé que lorsque les individus sont à jeûn. La flamme d'une chandelle leur paraît enveloppée d'un brouillard, et entourée en même temps d'une auréole irisée.

On observe constamment un état variqueux du globe oculaire, qui est plus dilaté et plus rénitent que dans l'état normal. Les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique sont très-dilatés, et une zône de couleur livide et obscure circonscrit la cornée qui a perdu de son poli brillant.

Les mouvemens de l'iris sont ralentis notablement dès le principe, et la pupille ne tarde pas à se déformer, offrant un alongement dans le sens de son diamètre transversal, une dilatation vis-vis-vis les angles de l'œil, tout-à-fait semblable à la disposition propre aux animaux ruminans, et qui n'en diffère que par le renversement que présente le bord de l'uvée. L'iris devient d'une couleur brune qui lui donne un aspect tout particulier; on n'y distingue plus que difficilement les fibres rayonnées qui y sont ordinairement très-visibles dans l'état normal.

A cet ensemble de caractères qui se remarquent dans le globe de l'œil, se joint encore la couleur toute spéciale de la pupille qui est d'un vert plus ou moins intense. On reconnaît aisément que le siège de cette couleur est dans le fond de l'œil, dans le corps vitré, en dehors de la chambre

postérieure, et sur un plan plus éloigné que celui occupé par le cristallin.

Ce dernier organe s'altère lui-même plus tard, devient plus mou, se gonfle, prend une couleur blanchâtre, et vient faire saillie à travers l'ouverture pupillaire qui ne tarde pas à être entièrement bouchée par cette saillie du cristallin. Alors le corps blanchâtre, décoloré, qui avait d'abord, en apparence, une forme concave, présente une surface convexe.

La maladie est accompagnée de douleurs violentes dans la tête et dans la profondeur de l'œil.

Les malades qui distinguaient dans le commencement un peu les objets, perdent insensiblement la vue à mesure que l'altération de l'œil fait des progrès et envahit de proche en proche la rétine; enfin la cécité devient complète.

IV. *La mélanose interne de l'œil*, maladie fort grave, et heureusement très-rare, a des symptômes tellement caractéristiques, qu'il est presqu'impossible qu'on la confonde avec la cataracte noire, ainsi qu'avec les autres affections de l'œil. Je me bornerai à rappeler qu'indépendamment de l'état cachectique général qui accompagne toujours la mélanose, cette altération a une tendance continuelle à envahir les organes voisins, à pénétrer dans toutes les parties constituantes de l'œil, de manière que la totalité du globe oculaire, et particulièrement ses parties membraneuses, finissent par disparaître. La pupille qui, dans l'état naturel, est noire, ressemble à un réseau vasculaire placé derrière le cristallin, ou au fond de la chambre postérieure, et dont le centre forme une tache épaisse dont le relief devient de plus en plus saillant, eu s'avançant de dedans en dehors.

V. *La cataracte choroïdienne* (*chorioidealis*), est caractérisée par de nombreuses ramifications vasculaires qu'on voit très-bien, à l'aide d'une loupe, sur la face antérieure du cristallin, et qui paraissent se continuer en s'anastomosant avec les vaisseaux de la choroïde. Il résulte de cette

injection particulière une couleur verte-brunâtre, une apparence de velouté, qui peut faire croire qu'il existe une membrane de nouvelle formation qui recouvre la capsule cristalline.

VI. *La cataracte variqueuse*, décrite par le professeur Rosas, de Vienne, paraît avoir beaucoup d'analogie avec la cataracte noire. Cet habile oculiste l'a observée deux fois chez des individus affectés de rhumatisme. Le crystallin paraissait trouble, d'un brun foncé, augmenté de volume, et inégal à sa surface; la cornée était aplatie, et terne; la sclérotique avait une teinte bleue autour de la circonférence de la cornée; la vue était sensiblement affaiblie; aucun de ces malades ne fut opéré, et après la mort on trouva le crystallin d'un bleu pâle, mou, inégal à sa surface, sans traces de son organisation normale, c'est-à-dire, qu'on n'y retrouvait plus de couches lamelleuses; il était converti en un noyau fongueux ou sarcomateux. Le corps vitré était trouble et épaissi; la rétine et la choroïde notablement épaissies.

Sur les organes de la voix humaine; par Sir Ch. Bell, *membre de la Société royale de Londres* (Suite).

III. *Du pharynx et de la formation des sons articulés.* — Cette partie du sujet que j'ai entrepris de traiter est celle qui, malgré le haut intérêt qu'elle présente, a été le moins bien examinée par les physiologistes, et dans laquelle on a complètement négligé plusieurs actions d'organes essentielles à la production de la parole.

Si nous suivons dans son trajet un son parti de la glotte jusqu'à l'ouverture de la bouche, nous voyons d'abord combien l'épiglotte est admirablement disposée pour le diriger dans son passage dans le pharynx. Immédiatement au-dessus de l'épiglotte est suspendu le voile du palais. Cette espèce de rideau est formée de certaines fibres musculaires qui

tirent en bas la membrane muqueuse depuis la partie postérieure du palais osseux, et qui l'obligent ainsi à former un repli considérable, tandis que d'autres muscles, antagonistes des premiers, agissent en la relevant. Ce repli membraneux forme une cloison qui sépare la bouche de la cavité postérieure nommée arrière-bouche ou pharynx; et le voile du palais, la luette et les deux arcades qu'on voit sur ses côtés, éprouvent des changemens de forme dans la production des sons simples.

» En examinant ces parties sur une préparation anatomique qui permette de voir l'extérieur et la partie postérieure du pharynx, on reconnaît combien cet organe est bien disposé pour remplir la fonction que je lui assignerai dans la production de la voix. Nous apercevons en effet une membrane mince, étendue, et d'une texture charnue ou musculaire, qui s'étend depuis la base du crâne jusqu'à l'extrémité des cornes de l'os hyoïde et de celles du cartilage thyroïde, entre lesquelles elle est maintenue tendue. En arrière ses attaches sont lâches, et comme elle forme une des principales limites du sac pharyngien, la grande cavité de ce sac est placée directement au devant d'elle. Si nous examinons le pharynx de bas en haut depuis l'extrémité fermée de l'œsophage, nous apercevons la glotte qui s'ouvre à sa partie inférieure, et nous le voyons se terminer en haut par les narines postérieures, et antérieurement par la bouche.

» En considérant le tuyau vocal comme une cavité irrégulière étendue de la glotte aux lèvres et aux narines, nous la trouverons susceptible de très-grandes modifications, et nous verrons qu'elle exerce une influence considérable; car, bien que l'air expiré soit *vocalisé* par la glotte, les sons musicaux dans le chant, et les voyelles dans la parole, sont modifiés par la forme et les dimensions variables de cette cavité.

» Quelque ingénieuses que soient les expériences faites sur les animaux pour démontrer que leurs cris sont formés par

le larynx, nous n'avons aucune autorité pour rejeter ce fait indubitable que, lorsqu'un individu dont le larynx est divisé et dont le sommet de la trachée est ainsi mis à nu, essaie de parler, il ne sort aucun son du larynx. Il peut par de grands efforts produire un bruit, mais jamais aucun son appréciable. Nous conclurons de là que les vibrations délicates, nécessaires au langage articulé, sont influencées, non pas seulement par l'action qui a lieu dans la glotte, mais aussi par l'état des parois du pharynx, cavité dans laquelle le son est poussé.

» C'est dans cette partie du conduit aérien que nous trouverons une grande ressemblance avec la flûte ou le flageolet, sous le rapport de la longueur du tuyau comparée avec la gravité ou l'acuité des sons. En effet, le tuyau s'alonge dans les sons graves, et il se raccourcit dans les sons aigus. Quand bien même il serait prouvé que la gravité ou l'acuité des sons est due aux contractions de la glotte, il serait impossible raisonnablement de regarder comme inutile l'appareil si important destiné à mouvoir le pharynx. Nous croyons donc pouvoir conclure que, de même que le tuyau d'un orgue est combiné pour l'anche qui le fait parler, de même le pharynx et les modifications qu'il présente sont appelés à correspondre et à se coordonner avec les contractions de la glotte. Il est impossible de voir un chanteur faire une gamme ascendante jusqu'aux notes les plus élevées de sa voix, sans admettre que l'alongement et le raccourcissement alternatifs du pharynx et de la bouche ne jouent, dans ce cas, un rôle des plus importans, et n'exercent sur la production des sons la plus grande influence. Pour raccourcir la cavité le plus possible, le larynx s'élève, et les lèvres se retirent en arrière; pour alonger, au contraire, le tuyau vocal, et donner les notes les plus basses ou les sons les plus graves, la trachée se porte en bas et les lèvres se portent en avant.

IV. *De l'articulation.* — En prononçant les sons simples,

les voyelles et les diphtongues, qui sont des combinaisons de sons ouverts, le pharynx, toujours irrégulier, modifie sa forme et ses dimensions, sans cependant interrompre les sons. Ces sons appartiennent à toutes les langues et sont purement expressifs. Ceux que nous allons étudier sont au contraire de convention, et forment la base du langage articulé.

» On s'est imaginé que l'air expiré, vocalisé dans le larynx et montant dans la bouche, est, dans cette cavité, divisé par la langue, les dents et les lèvres, et que ce sont les modifications qu'il subit ainsi qui composent l'acte de la parole; mais c'est montrer une connaissance très-imparfaite des actions qui produisent le langage articulé.

» Mon but en ce moment est de faire voir que le pharynx est le principal agent de l'articulation ou de la prononciation des consonnes, et que cette cavité, d'une petite étendue, est alors substituée à la cavité beaucoup plus grande de la poitrine, pour éviter à l'individu parlant une grande fatigue, et pour épargner une quantité presque incalculable d'actions musculaires.

» Le docteur Young, en comparant la force employée par un souffleur de verre en poussant l'air dans le tube par l'action des joues et par celle des poumons, et en calculant la facilité avec laquelle la petite cavité est comprimée par l'action des muscles des joues, comparativement à la grande que font mouvoir les muscles du thorax, est arrivé à ce résultat, qu'une force égale à quatre livres, produite par l'action de la petite cavité, la bouche équivaut à une force de soixante-dix livres développée par la grande, la poitrine.

» La propriété en vertu de laquelle les fluides transmettent également la pression dans toutes les directions est la cause de ce résultat et de plusieurs autres qui paraissent des paradoxes. Cette propriété est liée trop intimement à la puissance mécanique, et est d'une trop grande importauce pour

qu'on puisse négliger d'en tenir compte dans l'explication des phénomènes de l'économie animale.

» Lorsqu'une pompe foulante est placée dans un réservoir, elle produit des effets surprenans. Le piston de la presse hydraulique étant chargé d'un poids d'une livre, le même degré de pression sera transmis à chacun des points de la surface du réservoir, égal en grandeur à la base du piston. Au contraire, si l'on suppose la force employée sur les parois du réservoir pour élever le piston, il faudra, pour élever ce dernier avec la force d'une livre, une puissance d'une livre sur chacune des parties de la surface du réservoir égale en étendue à la base du piston. Il est impossible de ne pas prendre en considération les effets de cette loi sur les cavités du corps de l'animal qui tendent à diminuer la force des cavités musculaires en proportion de l'augmentation de leur étendue.

» Les fluides élastiques sont soumis à une semblable influence; la pression s'exerce dans tous les sens, et la résistance est toujours égale à la pression. Un homme, placé sur un soufflet hydraulique, soulève sans peine le poids de son corps en soufflant dans le tuyau; et, au contraire, le poids de son corps peut faire sortir de ce même tuyau un courant d'air qui soit supérieur à la force de contraction de ses joues. La plus légère pression sur l'extrémité du tuyau d'un soufflet ordinaire résiste à la compression exercée par les manches de cet instrument; et en soufflant par la tuyère, on peut soulever sans peine un poids considérable placé sur un des plateaux. Prenons un exemple pour bien faire comprendre l'importance de ce principe appliqué à l'économie animale.

Un matelot, la poitrine appuyée sur un bout de vergue, et faisant agir tous ses membres dans l'action de gréer, donne une direction au système musculaire tout entier, et fait servir les muscles de la respiration aux mouvemens du tronc et des bras, par l'intermédiaire d'un petit muscle qui

ne serait pas capable de soulever la millième partie du poids de son corps. Il grimpe à une corde par les efforts combinés et très-puissans des muscles de l'abdomen, du thorax et des bras ; mais ces muscles sont eux-mêmes contrôlés et dirigés par l'action d'un petit muscle qui ne pèse pas cinq grains. Voici l'explication de ces phénomènes : Un homme qui se prépare à faire un grand effort musculaire fait une inspiration profonde et dilate sa poitrine ; mais comment cette dilatation se maintient-elle ? S'il avait fallu pour cela que les muscles qui dilatent la poitrine continuassent d'agir sans interruption, il y aurait eu nécessairement une perte immense de force vitale et partant une fatigue extrême ; en outre, ces muscles sont appelés, dans ce cas, à d'autres fonctions. Le petit muscle qui ferme les lèvres de la glotte suffit à tout. Il se contracte, ferme l'extrémité de la trachée, et son action, qui empêche la sortie de la colonne d'air, est supérieure aux efforts réunis de tous les muscles de la poitrine et du tronc qui agissent sur la cavité du thorax. Quelque grande que soit la force développée par les muscles expirateurs en comprimant les parois de la poitrine, leur action est très-faible dans la colonne d'air con tenue dans la trachée-artère ; la pression n'étant pas plus grande dans ce point que dans aucun autre des parois thoraciques qui est de la même étendue que la base de ce tube. La fermeture de la glotte, par le petit muscle dont nous nous avons parlé, laisse tous ceux de la poitrine et du ventre, qui dans l'état ordinaire sont des muscles inspirateurs, libres d'agir comme ceux du tronc et des bras. Mais si quelque ouverture de la trachée ou une altération du muscle qui ferme la glotte permet à l'air de s'échapper, l'action des muscles de la poitrine et du ventre devient presque nulle aussitôt que le thorax s'affaisse ; ces muscles reprennent alors leur rôle de muscles expirateurs, et cessent d'agir comme volontaires ; et les efforts qui exigent une grande puissance musculaire deviennent à l'instant même impossibles. Un

homme qui veut se suicider en se coupant la gorge, croit y avoir réussi lorsqu'il éprouve la sensation d'une perte subite et complète des forces; mais ce n'est qu'une erreur. Dans le moment d'excitation phrénétique qui le porte à cet acte de désespoir, son énergie est montée au plus haut point; il fait une profonde inspiration et retient son haleine; mais aussitôt que le conduit aérifère est ouvert, il éprouve une sensation de faiblesse extrême; l'air retenu dans les poumons s'échappe, la poitrine s'affaisse, et tous les muscles du tronc et des bras cessent d'obéir à la volonté; le malheureux se croit frappé subitement par la mort; mais la mort réelle dépend d'autres circonstances.

» Nous voyons donc, d'après ces considérations, que le muscle constricteur de la glotte qui ne pèse pas la millième partie de ceux du tronc, les contrôle tous et les tient en quelque sorte sous sa dépendance, et de muscles respirateurs qu'ils sont à proprement parler, en fait des muscles soumis à la volonté; et son mode d'action dans ce cas est fondé sur le principe de la presse hydraulique.

» Ces considérations nous conduisent naturellement à comprendre combien il est important, dans l'économie animale, que la force s'exerce par la cavité la plus petite au lieu de la plus grande, et combien d'efforts seront ménagés si la force nécessaire à l'articulation des sons est développée par le pharynx au lieu de l'être par la cavité de la poitrine.

» Sur une personne à laquelle j'ai donné des soins pendant fort long-temps, et qui avait perdu les os de la partie supérieure de la face, ce qui me permettait de voir dans l'arrière-bouche au-delà du palais, j'ai pu observer les mouvemens et la manière d'agir du voile du palais. Pendant que cette personne parlait, cet organe était dans un mouvement continuel, et lorsqu'elle prononçait les consonnes explosives il s'élevait en formant une convexité, de manière à s'opposer à l'ascension du son dans cette direction et au moment où les lèvres s'ouvraient, ou que la langue se séparait des

dents ou du palais, le voile du palais reculait forcément.

Dans l'acte de la parole, une grande partie des sons, tels que ceux des voyelles et des diphtongues, n'est autre chose que l'issue non interrompue de l'air expiré, rendu vocal par la glotte, modulé par le canal qu'il parcourt, et diversement dirigé, mais jamais arrêté dans sa marche. Les consonnes sont les mêmes sons, arrêtés par la langue, les lèvres ou les dents. Au moment de cette interruption, le pharynx distendu est préparé à donner, à l'aide de la contraction de scs muscles, une force d'impulsion qui coïncidc exactement avec l'ouverture des lèvres.

Si l'on applique la main sur la partie supérieure du cou de quelqu'un qui parle, de manière à ce que les doigts embrassent la poche pharyngienne, on sent distinctement que chaque son articulé est accompagné d'un mouvement du pharynx, et si l'on fait prononcer les lettres explosives, on reconnaît sans peine la distension du pharynx qui précède l'articulation de chacune d'elles. En examinant attentivement les mouvemens de la respiration, on peut voir que, en même temps que la poitrine dilatée s'affaisse graduellement et uniformément, la cavité du pharynx éprouve des mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement, en rapport avec les sons articulés.

» Il nous est maintenant facile de concevoir que, si en parlant chaque impulsion donnée à l'air expiré l'était par l'action de la poitrine, elle serait accompagnée d'efforts immenses ct inutiles; puisque la forcc nécessaire pour produire une impulsion le long du canal qui donne issue à l'air, en agissant sur les parois du réservoir, serait en rapport avec l'étendue de ce réservoir et la petitesse du tuyau. Si chaque consonne et chaque syllabe accentuée exigeaient l'action de tout le thorax, il en résulterait qu'un homme, au lieu de pouvoir parlor pendant plusieurs heures de suite, serait épuisé en moins de quelques minutcs, après avoir prononcé quclques phrases.

» Si nous entrons dans un examen plus approfondi de la formation des consonnes, nous verrons que, sans l'action du pharynx, ces lettres qui, dans le fait, donnent au langage articulé sa force et sa netteté, seraient toutes muettes. La circonstance que je vais indiquer ne pouvait pas échapper à l'observation des grammairiens. Ils parlent en effet de sons gutturaux comme appartenant à l'articulation de certaines consonnes. Wilkins donne pour exemple cette sorte de *murmure* qui a lieu dans la gorge avant la sortie de l'air, en prononçant ces lettres. C'est ainsi que les grammairiens distinguent la lettre P muette, qui n'est précédée d'aucun son avant l'ouverture des lèvres, de la lettre B qui, avant que les lèvres s'ouvrent, laisse entendre un son guttural.

» Si l'on avait recherché la cause de ce son, nul doute que ces hommes ingénieux ne nous eussent éclairé sur ce point. Ce son guttural, disent-ils, est produit par la compression du larynx ou de la trachée; mais ces mots n'ont pas de sens et ne peuvent passer pour une explication du phénomène. Ce murmure, comme tous les autres sons, provient des vibrations de la glotte; mais comme nous l'avons déjà vu, la glotte ne peut pas vibrer, s'il n'y a pas ascension et passage de l'air par son ouverture; comment donc ce murmure peut-il être produit, lorsque la bouche est fermée et qu'il n'y a pas d'inspiration? L'air monte, parce que la cavité du pharynx se dilate. C'est pendant la dilatation de cette poche musculaire que l'air monte et produit le son qui précède l'articulation des lettres en question et qui leur donne le caractère de lettres explosives; c'est ce murmure qui distingue ces lettres d'autres qui sont formées par la même position des organes dans la bouche, mais qui sont muettes ou nasales. Ainsi, les trois consonnes D, B et G dur, sont nommées demi-muettes, parce que, sans le concours d'aucunes voyelles, elles sont accompagnées d'un son sourd qui dure pendant quelques instans.

» Les lettres T, P, K, sont produites par la même

position des organes dans la bouche, mais elles ne sont précédées d'aucun murmure, et aussi les a-t-on nommées muettes. Pendant l'articulation des lettres D, B et G, le pharynx se dilate avant que les lèvres ne se séparent, et c'est cette dilatation du pharynx et le murmure dans la glotte qui en est la conséquence, qui justifient les grammairiens, lorsqu'ils disent que ces lettres sont accompagnées d'un son, quoique sans le secours d'aucune voyelle, et qu'ils les appellent demi-muettes.

» Les grammairiens ont avancé que la bouche n'est pas l'organe producteur du son, mais seulement l'organe qui module et articule les sons spécifiques produits ailleurs. Après avoir expliqué la formation des voyelles, ils ont cherché à déterminer celle des consonnes, en prenant pour point de départ les diverses positions des lèvres, de la langue et du palais. Mais on s'aperçoit facilement que l'explication qu'ils ont donnée doit être nécessairement fautive en raison de leur ignorance de l'anatomie, et surtout de l'action du pharynx. Par exemple, P, B et M, disent-ils, sont des consonnes formées par l'application des lèvres l'une contre l'autre; mais cela n'explique pas le caractère particulier de chacune de ces lettres, puisque toutes trois sont formées par les lèvres. La différence réelle qui existe entre-elles est celle ci : P ne laisse entendre aucun son avant l'ouverture des lèvres; c'est la voyelle que leur séparation fait sonner brusquement et rapidement; B n'en diffère qu'en ce que le son précède l'ouverture des lèvres, comme je l'ai expliqué plus haut; cette lettre est à juste titre nommée explosive; M est aussi en partie produit par l'articulation des lèvres; le son commençant de la voyelle est interrompu par le rapprochement des lèvres, après quoi il se continue en un murmure, avec cette différence toutefois qui le distingue du murmure guttural, c'est qu'il monte dans les cavités de la face, ce que lui permet de faire l'élévation du voile du palais. La même différence existe entre les autres

lettres, telles que F et V. En essayant d'articuler tout bas certaines lettres, on découvre combien la netteté dépend de la dilatation du pharynx. Il est très-difficile, lorsqu'on parle à voix basse, de distinguer le P du B, le T du D ou le G dur du K.

Ainsi, nous voyons que les consonnes, classées d'après leur mode de formation dans la bouche, présentent entre elles des différences dépendantes de l'action du pharynx. Nous distinguerons 1.° les consonnes formées par la clôture des lèvres; 2.° celles qui résultent de la rencontre des lèvres et des dents; 3.° celles qui sont formées par la pointe de la langue et le palais; 4.° enfin, celles qui sont produites par le dos de la langue et la voûte palatine. Toutes ces lettres offrent entre elles des différences qui résultent de l'action du pharynx et du voile du palais: ainsi, elles sont muettes, explosives, semi-muettes et nasales liquides. Par exemple, en considérant la position de la pointe de la langue contre les dents, pour former une consonne, nous avons T, consonne muette; D, consonne demi-muette, dans laquelle le son précède l'explosion, et N, dans l'articulation de laquelle le son résonne dans les cavités nasales, après que le passage par la bouche lui a été refusé.

C'est probablement le peu d'attention qu'on a fait aux actions qui se combinent et se coordonnent pour produire la voix, et même l'ignorance où l'on est de ces actions diverses, qui est cause que personne jusqu'ici n'a rendu compte, d'une manière satisfaisante, de l'emphase et de l'accent qui accompagnent le discours parlé. Nous voyons que la force avec laquelle les mots sont prononcés dépend de deux causes: l'action de la poitrine et celle du pharynx. La prononciation emphatique de plusieurs mots ou de plusieurs syllabes peut bien dépendre de la force avec laquelle l'air est chassé de la poitrine par une forte expiration; mais l'accent placé sur certaines syllabes et la prononciation de certaines

lettres desquelles dépendent la netteté et souvent la signification d'un mot, est le résultat de l'action du pharynx.

Preuves de l'exactitude des opinions exposées ci-dessus, tirées d'observations faites à la suite d'accidens et de maladies.

1.° Un enfant qui avait laissé pénétrer un morceau de coquille d'amande dans la trachée, fut un moment en danger d'être suffoqué; il ne pouvait produire aucun son vocal, et ne recouvra la faculté de parler que lorsqu'on eut extrait le corps étranger au moyen d'une incision.

2.° Dans une maladie de la glotte, on fut obligé de pratiquer une incision à la membrane placée entre les cartilages thyroïde et cricoïde; la voix se perdit au même instant, et il fut impossible au malade de faire entendre aucun son, tant que l'air passa par la plaie; le bruit de scie que l'air occasionne en passant dans la glotte contractée cessa aussitôt et l'air s'échappa en sifflant par la plaie.

3.° Un petit caillou s'étant introduit par accident dans la trachée d'un enfant, un son rauque et sifflant se faisait entendre pendant l'expiration, mais aucun son vocal ne pouvait être formé pendant l'expiration.

4.° Un ulcère avait détruit les bords de la glotte et les ventricules du larynx, chez un homme, et cependant le malade pouvait parler, mais d'une voix basse, très-enrouée et très-faible.

5.° L'épaississement de la membrane de la glotte produisit le même effet; le malade parlait, mais très-bas et avec peine.

6.° Un homme mourut d'une pustule qui s'était développée sur le bord de la glotte; le son qu'il produisait pendant sa vie était semblable au bruit d'une scie; il était dur et bas.

7.° La destruction de l'épiglotte et un vaste ulcère de l'un des ventricules donnèrent lieu à de semblables effets; le

malade faisait de vains efforts pour appeler à haute voix, il ne pouvait produire qu'un son rauque et sourd.

8.° Lorsque la cavité du larynx est tapissée par une fausse membrane, comme le croup, la voix est complètement perdue; il ne reste que le ton aigu et perçant qui accompagne la toux.

9.° Lorsque, par une blessure profonde de la partie antérieure du cou, soit accidentelle, soit faite dans le but de se suicider, le larynx est séparé de la langue et le pharynx ouvert, il ne sort de la glotte aucun son lorsque le malade essaie de parler, et il lui faut les plus violens efforts pour produire un son quelconque. Quand la glotte est ainsi mise à nu, on voit distinctement les mouvemens qu'elle exécute lorsque l'individu essaye de parler.

10.° La perte du voile du palais est suivie d'une altération très-prononcée dans la faculté d'articuler; les sons deviennent nasillards et se mêlent les uns avec les autres.

11.° Lorsqu'une communication existe entre la bouche et les fosses nasales, les sons deviennent nasonnés et l'articulation très-imparfaite.

12.° L'existence d'un polype qui remplit les cavités de la face fait perdre à la voix sa sonoréité et sa netteté.

13.° La destruction complète des os de la face fit perdre à la voix toute sa force et lui donna un timbre que l'on aurait pu appeler nasal, s'il fût resté quelques-unes des parties dépendant des fosses nasales.

14.° Le manque de l'influx nerveux sur les muscles du voile du palais et du pharynx, en leur faisant perdre la tension qu'ils doivent avoir, ce qui s'observe dans l'apoplexie, produit la storteur et le ronflement.

Il est facile de s'assurer que ces phénomènes dépendent du relâchement du voile du palais; car en changeant la position de la tête de manière à ce que le voile du palais ne pende pas sur la paroi postérieure du pharynx, on fait à l'instant cesser ce bruit effrayant.

» 15.° Dans l'état de faiblesse extrême, telle que celle qui suit une blessure grave ou une hémorrhagie poussée jusqu'à la syncope, le gémissement provient de la glotte seule; comme si la nature avait voulu que le moyen d'appeler du secours fut le dernier effort de la vie.

» Ces faits démontrent; 1.° que la trachée ne donne aucun son par elle-même; 2° que, lorsque le canal de la trachée est obstrué à un certain degré, la colonne d'air n'est pas suffisante pour faire mouvoir les cordes vocales; 3.° que tout ce qui gêne directement les mouvemens de la glotte réduit la voix à un chuchottement; 4.° que lorsque le larynx est séparé du pharynx, les sons délicats ne sont plus produits, et qu'en conséquence l'action de ce dernier sur la colonne d'air est nécessaire à la production de ces sons; 5.° que toute ouverture permanente ou toute mauvaise conformation du voile du palais qui empêche la distension du pharynx et la clôture du passage des fosses nasales, rend l'articulation défectueuse; 6.° que la destruction et l'obstruction des cavités de la face ôtent à la voix son timbre et sa netteté; 7.° enfin, que lorsque les muscles de la gorge sont relâchés par suite d'une affection quelconque de leurs nerfs, il y a bien production de son, mais que la nature même de ce son prouve combien l'action normale de ces muscles est nécessaire à la modulation de la voix.

» *Résumé.* — Il est curieux et en même temps très-utile d'observer combien de parties doivent se coordonner et combien d'actions diverses doivent se correspondre avec exactitude pour produire le son le plus simple; mais ce qui l'est encore davantage, c'est de voir combien de combinaisons nouvelles d'actions doivent venir s'y ajouter pour arriver à la formation d'un son articulé.

» De même que l'on peut expirer dans une trompette, de manière à produire un son qu'on peut entendre, sans cependant former aucune note musicale, de même on peut respirer sans que la glotte vibre de manière à produire un

son vocal proprement dit. Pour rendre l'air expiré vocal, il faut non-seulement que la colonne d'air ait une certaine force d'impulsion, mais aussi que les cordes vocales soient disposées d'une certaine manière. La simple impulsion donnée à l'air, quelque forte qu'elle puisse être, comme dans l'éternuement, ne met pas nécessairement en mouvement les cordes vocales. Elles vibrent lorsqu'elles sont montées par l'action de leurs muscles de manière à se trouver en rapport avec l'expulsion forcée de l'air ; cette vibration se réfléchit sur la colonne d'air et par des modifications particulières des cavités supérieures du tuyau vocal, il s'établit un rapport entre les mouvemens de la glotte et les vibrations de la colonne d'air. L'air ainsi rendu vocal *(thus vocalized)* forme les différens sons ouverts ou voyelles, par les changemens que subissent les parties supérieures du conduit aérien ; en effet ces sons éprouvent des modifications de la contraction et de la dilatation plus ou moins grandes du tuyau vocal, qui pousse l'air en vibration vers divers points de ses parois.

» Les notes musicales sont de la même manière produites par les modifications qu'éprouve la force avec laquelle la voix est poussée, par le degré de tension des cordes vocales et les changemens que subit la forme du tuyau vocal. Rien n'étonne davantage que la précision avec laquelle les notes de la voix humaine sont produites, lorsqu'on l'entend s'élever jusqu'aux notes les plus aiguës ou descendre jusqu'aux plus basses par des gammes de tons et de demi-tons, en conservant cependant un timbre et une netteté tels qu'on pourrait croire que chacune de ces notes sort d'un tuyau particulier ou est produite par un instrument distinct. Ces modulations sont le résultat de l'action musculaire qui modifie le diamètre et la forme de la glotte, de même que la longueur et la capacité du pharynx. Cette coordination minutieuse de tant d'actions ne prouve pas seulement la perfection de l'appareil, mais elle fait reconnaître encore

la puissance extraordinaire de la volonté qui le met en action, et sous ce rapport l'appareil musculaire de la gorge ne le cède en rien à celui de l'œil lui-même.

» Ce qui est peut-être plus admirable encore que la perfection de la voix humaine, sa précision, son expression et ses modifications variées qui l'emportent sur les instrumens de musique les plus parfaits construits d'après les calculs mathématiques, c'est la production de ces sons de convention qui sont devenus pour l'espèce humaine les instrumens de la pensée et la source de toutes ses connaissances. L'articulation résulte d'un exercice plus compliqué encore de l'organe de la voix. Dans l'acte de la parole, la voix est soumise à une influence extrêmement puissante par les modifications et les changemens de forme du tuyau vocal, avant que d'arriver à être articulée dans la bouche ; entre chaque mouvement de la langue ou des lèvres il y a un rapport, une correspondance d'action avec ceux du voile du palais et du pharynx ; de sorte que la compression du thorax, l'ajustement du larynx et de la glotte, les mouvemens de la langue et des lèvres et les actions du pharynx et du palais doivent tous se combiner, et se coordonner les uns aux autres avant qu'un seul mot puisse être articulé.

» Il est un point de ce sujet que j'ai omis de traiter dans le mémoire qu'on vient de lire et sur lequel je crois devoir insister ici. Dans l'exercice de la parole, le jeu du thorax n'est pas le même que dans l'acte ordinaire de la respiration. Le diaphragme agit beaucoup moins et les côtes au contraire beaucoup plus. Un homme qui va parler dilate sa poitrine en élevant ses parois, tandis que celles de l'abdomen sont retirées en arrière ; l'effet de ces mouvemens est de laisser plus de champ à l'action de l'élasticité des cartilages costaux, de manière à ce que l'affaissement de la poitrine dilatée se fasse aisément et sans embarras ; car l'expiration, portée au-delà d'une certaine limite, exige l'action des

muscles expirateurs, et l'action de parler aurait été plus compliquée encore.

» Si nous réfléchissons au nombre des parties qui doivent combiner leur action pour arriver à la production du son articulé le plus simple, nous appercevons de suite la nécessité de rapports nerveux les plus multipliés et les plus complexes, et nous sommes moins étonnés de voir le moindre dérangement des fonctions du système nerveux donner lieu à une altération plus ou moins marquée de la voix. Le bégaiement dépend bien évidemment d'un défaut dans la puissance de coordination des diverses actions et non dans une altération d'un des organes en particulier. Le bègue ne peut pas établir les rapports nécessaires entre le murmure de la glotte et l'action du pharynx, mais il peut parler à voix basse, c'est-à-dire qu'il peut articuler le faible son produit par l'inspiration, tandis qu'il ne peut pas en même temps rendre vocal l'air expiré. Ainsi il peut bien chanter ses mots sans hésitation, sans embarras et sans mouvemens spasmodiques, parce que, en chantant, l'ajustement de la glotte et l'impulsion nécessaire donnée à la colonne d'air par la poitrine dilatée, s'accomplissent et se continuent sans interruption. Il n'éprouve pas non plus la moindre difficulté à prononcer les voyelles et les consonnes liquides, et cela pour la même raison; et s'il s'étudie à commencer sa phrase par un son voyelle, il arrive ordinairement à pouvoir ajouter à la vibration déjà commencée l'action convenable du pharynx. Il est une autre combinaison indispensable d'action qui désespère une personne qui bégaie, c'est celle des muscles expirateurs avec ceux de la gorge. Dans les vains efforts qu'elle fait pour s'exprimer, elle chasse l'air des poumons, au point que, pour produire un son quelconque, elle est obligée de faire agir forcément les muscles expirateurs pour comprimer tout à fait la poitrine. Un moyen de remédier à cet inconvénient serait de lui faire dilater les poumons et élever les épaules, de manière

à ce que l'élasticité des parois du thorax soit mise en jeu pour chasser l'air sans effort. En effet nous savons que les premières choses que l'on recommande aux bègues, pour les guérir de leur infirmité, est de ne commencer à parler qu'après avoir complètement dilaté la poitrine, de poser la voix convenablement, de suivre, en parlant, une mesure déterminée, et d'élever la voix en prononçant une lettre liquide ou une voyelle.

» J'espère, dit, en terminant M. Bell, dans un autre mémoire, ajouter encore à l'intérêt du précédent travail, en cherchant à débrouiller les actions complexes des nerfs du cou et du tuyau vocal. »

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

Du thymus chez les jeunes animaux; *par le docteur Youatt.* — Chez les jeunes sujets, la trachée en pénétrant entre les premières côtes pour s'introduire dans la poitrine, se trouve en contact avec un corps glanduleux irrégulier, situé entre les deux feuillets du médiastin antérieur. Ce corps est d'une pâle couleur d'œillet, et lobulé comme les glandes salivaires et le pancréas; c'est le thymus.

Au commencement de la gestation, il a peu d'étendue, et ne s'étend pas au-delà de la poitrine, mais pendant les derniers mois il se développe considérablement. Ses prolongemens supérieurs s'élèvent hors de la poitrine, longent le cou entre les carotides et la trachée, contractent des adhérences avec le corps thyroïde au moyen d'un tissu cellulaire peu serré, et vont faire corps avec les parotides. Le thymus et les parotides sont essentiellement le même organe pendant les derniers mois de la vie fœtale. Cet organe est composé d'une multitude de granulations arrangées en lobules, de grosseur variable, et enveloppées par une membrane fine et facilement déchirable. Si l'on coupe l'un ou l'autre de ces corps réunis en un seul, on y observe un liquide lactiforme, dont la composition n'a point encore été examinée. Il est impossible de les séparer par la dissection; l'un est la continuation de l'autre, et la seule différence qui existe entr'eux, c'est

que le canal parotidien peut être suivi jusque dans la bouche, tandis qu'aucun conduit n'a jamais été observé dans le thymus.

Bientôt après la naissance il s'opère un changement remarquable. Le thymus se sépare des parotides. Le premier disparaît graduellement de haut en bas, et au bout de quelques mois il n'en reste aucune trace dans toute l'étendue du cou. Il diminue plus lentement dans la poitrine, et enfin y disparaît aussi, et sa place est occupée par le canal thoracique.

Les physiologistes ne se sont point accordés sur la fonction du thymus, ou plutôt très-peu se sont hasardés à expliquer ses usages. Il a une connexion évidente avec l'état d'existence fœtale, plus particulièrement avec sa dernière période; et quand l'animal est né, la fonction de cet organe semble cesser, car il se sépare de la parotide, disparaît du cou, et finit par ne plus exister du tout. Cette connexion, qui existe entre le thymus et les glandes parotides chez le fœtus, et qui jusqu'a présent n'avait point été observée, ne jette-t-elle pas quelque lumière sur ce sujet?

Ces glandes paraissent n'être autre chose que l'extrémité supérieure du thymus; elles secrètent le même fluide qui est versé par elles dans la bouche. Il est vrai qu'après la naissance elles deviennent des glandes salivaires, mais en est-il de même nécessairement quand elles sont unies avec le thymus, et n'est-il pas évident qu'alors elles sécrètent un fluide bien différent de la salive, d'apparence laiteuse, et entièrement analogue à celui qui se trouve ordinairement, ou du moins souvent dans l'estomac du fœtus?

Magendie parle du fluide opaque et grisâtre trouvé dans l'estomac, et qui semblait avoir été soumis à l'influence des forces digestives, et tous les animaux ont dans les gros intestins une certaine quantité de matières fécales qui sont le résultat très-probable d'une véritable digestion.

On peut en conclure que le thymus se lie au système nutritif. Il verse dans la bouche, par le canal parotidien, un liquide blanc, lactiforme, qui s'écoule de la bouche dans l'estomac, afin d'habituer celui-ci par degré aux efforts de la digestion, et le préparer à cette fonction d'où doit dépendre la vie de l'animal, et préparer en même temps les intestins à l'exercice de leurs fonctions qui consistent à séparer la matière nutritive de celle qui doit être rejetée au-dehors. Ainsi l'on voit, dans les derniers temps de la gestation, seule époque à laquelle le thymus soit pleinement développé, les premiers essais faits pour préparer les fonctions importantes qui doivent appartenir à l'estomac et aux intestins. (*The Lancet*, 3 mars 1832.)

Pathologie.

LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE, SUIVIE D'APHONIE; *observ.*

par W. L. Horner, professeur d'anatomie. — Le 18 juin 1832, un criminel nommé Washington Taylor, âgé de 24 ans, entendant prononcer une sentence qui le condamnait à six ans de détention, se plongea un couteau dans la gorge, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit. Il retira le couteau, et le plongea de nouveau dans la même région, un demi-pouce au-dessous. Lorsque le docteur Horner arriva auprès de lui, W. Taylor était assis, un mouchoir appuyé sur les plaies, qui arrêtait très-imparfaitement l'écoulement du sang. Le mouchoir ayant été retiré, un sang vermeil sortit des deux ouvertures par jet un gros comme le petit doigt, mais non par saccades. Le Dr Horner chargea quelqu'un de comprimer les parties fortement contre les vertèbres cervicales et alla chercher ses instrumens. Pendant son absence l'hémorrhagie fut presque entièrement suspendue. A son retour, il fit pratiquer la compression sur le tronc de la carotide à la partie inférieure du cou, ce qui arrêta l'hémorrhagie d'une manière insuffisante. Il réunit les deux plaies par une incision, et fit pendant quelques minutes de vains efforts pour découvrir les vaisseaux divisés; l'écoulement de sang qui était continuel, les masquait complètement. En plongeant le doigt dans la plaie, il reconnut que le couteau avait passé dans la direction des artères carotides et de la veine jugulaire interne, entre les vertèbres et le pharynx; et il était évident, d'après l'abondance et la couleur du sang, qu'une artère avait été ouverte, soit l'une des carotides, soit l'une ou plusieurs des branches qui en partent. Le danger où était la vie du blessé ne permit pas de continuer les recherches de ce côté, la plaie fut agrandie de deux pouces inférieurement, et une ligature fut passée autour de l'artère carotide primitive, au niveau du cartilage thyroïde. Cette opération fut rendue extrêmement difficile par l'écoulement continuel du sang qui permettait à peine de voir pendant un instant les parties sur lesquelles il fallait agir. Le patient résista de tout son pouvoir et protestait avec une voix forte et sonore contre les efforts qu'on faisait pour lui sauver la vie. Aussitôt que la ligature fut serrée autour de la carotide, l'hémorrhagie s'arrêta complètement, il éprouva une espèce de défaillance, et sa voix fut réduite à un chuchottement; cependant la respiration ne fut pas troublée. L'opérateur crut avoir compris la huitième paire de nerfs dans la ligature, ce qui aurait pu avoir lieu à cause de l'impossibilité où il avait été de distinguer convenablement les parties situées au fond de la plaie : aussi lui vint-il à l'esprit de placer une seconde ligature au-dessous de la première, et de retirer celle-ci; mais l'hémorrhagie était si bien arrêtée, et il eût été si dangereux de s'exposer à la voir se renouveler, qu'il laissa les choses comme elles étaient. Après le pansement, le malade fut transporté à la maison pénitencière. Le 12 juillet, il était presque guéri, sa respiration était bonne, il ne parlait encore qu'à voix basse; cependant il

y avait une amélioration qui faisait espérer qu'elle reprendrait peu à peu sa force ordinaire. Le docteur Horner pensait que cette aphonie provenait de ce que le sang qui est fourni au larynx par l'artère thyroïdienne supérieure avait cessé tout-à-coup d'arriver à cet organe. (*The Amer. Journ. of the med. sciences*; août 1832).

Observation d'un animalcule dans l'œil d'un enfant ; *par le doct. Robert Logan*. — A. B., âgé de 7 ans, fut présenté au docteur R. Logan, vers le milieu de janvier 1833 ; il était affecté d'une violente ophthalmie scrofuleuse de l'œil gauche, avec état nébuleux de la cornée, qui menaçait de détruire complètement la vue. Depuis le mois d'août 1832, il avait eu plusieurs attaques de cette maladie. Les symptômes inflammatoires diminuèrent graduellement après l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille et l'usage de quelques purgatifs. Il resta cependant une légère opacité du segment inférieur de la cornée, suffisante pour obscurcir la vue, mais non pour la détruire entièrement. Au bout d'une semaine, l'enfant fut amené de nouveau, et en examinant son œil, le docteur R. Logan fut fort étonné de voir un corps semi-diaphane, ayant environ deux lignes de diamètre, qui flottait dans l'humeur aqueuse de la chambre antérieure. Par un examen minutieux, il paraissait presque parfaitement sphérique, portant à sa partie inférieure un petit appendice blanc, alongé, avec une extrémité légèrement renflée, ressemblant beaucoup à la trompe de la mouche commune, qui, en conséquence de son poids, occupait la partie la plus déclive, et qui, si l'on changeait cette position, faisait tourner la petite sphère sur son axe. Vu à une lumière vive, il offrait toute l'apparence d'un être organisé ; car on pouvait, à l'œil nu, le voir projetant son appendice à une grande distance, et le contournant dans diverses directions, comme pour chercher sa nourriture. Quelquefois il contractait sa trompe, et la faisait rentrer entièrement dans son corps membraneux et transparent, phénomène qu'il est impossible de concevoir sans admettre l'existence de fibres musculaires longitudinales et circulaires. Après avoir resté quelque temps dans cet état de contraction, il projetait ce qu'on peut appeler sa tête, avec beaucoup de vélocité, ce qui lui communiquait manifestement une locomotion notable. Quand il était parfaitement en repos, une tache blanche apparaissait subitement sur le côté ou le fond de son corps, et formait en s'épanouissant un bel anneau à travers le reste de son corps, exactement comme l'ondulation qui est formée par la chute d'une pierre dans l'eau. Ce mouvement ne peut point être assimilé aux mouvemens vermiculaires ; car l'acte n'avait rien de régulier, mais se manifestait subitement en des points variés, et même en plusieurs points à la fois, et l'anneau passait rapidement sur la surface du corps. On peut conclure de là que son appareil musculaire a beaucoup d'analogie avec celui de la vessie urinaire. Une vive lumière que

l'on dirige sur lui, agit comme un stimulant, le fait se contracter, et alors on peut le voir prendre différentes formes. Cet être singulier appartenant à la classe la plus simple des êtres organisés, ne présente, à l'inspection la plus minutieuse, aucun orifice excréteur ; aussi est-ce par une simple conjecture qu'on peut conclure, de la liquidité de la substance qui lui sert de nourriture, que quelque évacuation excrémentitielle peut se faire par la transsudation poreuse.

L'œil de l'enfant est actuellement dans un état d'irritation, dû probablement à la présence de ce corps étranger qui exerce un frottement continuel sur la surface si sensible de l'iris et sur la membrane délicate qui tapisse la cornée. Quand cet animalcule est en repos, il occupe, comme on l'a déjà dit, la moitié inférieure de la cornée, et s'élève jusqu'à la moitié du disque pupillaire, de sorte que l'enfant ne peut distinguer les objets qui sont situés en bas, et est obligé de les élever Depuis la première fois où ce petit être a été remarqué, il n'a point varié dans sa grosseur. A moins qu'il ne cause quelque altération des organes délicats avec lesquels il est en contact, il n'est pas nécessaire de chercher à en faire l'extraction ; car la longueur de la vie d'un tel animal doit être très-limitée, et après sa mort, il sera facilement dissous par le liquide dans lequel il nage, et résorbé avec lui. Personne ne doute que ce ne soit une espèce d'hydatides ; il n'a encore donné aucun signe de reproduction ; dans ce cas, on devrait certainement chercher les moyens de le faire sortir de la cavité qu'il occupe.

Ce fait, qui est unique dans la science, ne peut manquer d'intéresser les entomologistes, les physiologistes et les pathologistes. Les premiers y trouvent une occasion d'étudier les mœurs d'un animal, qui, jusqu'à présent, a échappé à leurs recherches, en occupant toujours les cavités profondes de notre corps. Les seconds peuvent, à travers le milieu diaphane qui l'entoure, étudier les fonctions de son organisme éminemment simple, et les pathologistes peuvent contempler à loisir la singularité de cette maladie, et exercer leur esprit à rechercher quelles peuvent être sa nature et son origine ; un *œuf* a-t-il été déposé par l'intermédiaire de la circulation de l'œil, par insertion ou par absorption, ou bien, suivant quelques philosophes, est-ce le produit d'une animalisation spontanée. Dans l'ouvrage de Wardrop sur les maladies de l'œil, on ne trouve rien de semblable à ce cas, mais il y est question d'animalcules qui sont formés dans les yeux du cheval dans l'Inde ; ces animaux ressemblent à l'ascaride commun, et les Indiens en font l'extraction à l'aide d'une incision dans la cornée. Woolhouse a observé des vésicules pleines d'air ; mais ne peut-on pas regarder ces bulles comme le résultat de quelque décomposition de l'humeur aqueuse, accompagnée de la formation d'un gaz ? J. Robertson, oculiste d'Édimbourg, à qui le docteur Logan a communiqué

cette observation, pense que les observations d'hydatides de la chambre antérieure, qu'on trouve dans les anciens auteurs, ne sont autre chose que des cas de crystallin sorti de sa capsule, et n'ont aucun rapport avec l'observation présente. La même remarque doit être faite à l'égard de l'observation d'hydatide dans l'œil qu'on trouve dans *Rust's Magazine*. L'enfant est actuellement à Édimbourg. (*The Lancet* ; 30 mars 1833.)

Énorme développement de la rate, a la suite d'une fièvre intermittente ; *obs. par le docteur G. Richelot.* — Marie *** s'était bien portée jusqu'à l'âge de 17 ans ; à cette époque, comme elle avait ses règles, elle plongea ses pieds dans de l'eau très-froide. Les règles furent supprimées, et le lendemain elle eut un accès de fièvre qui se renouvela sous le type tierce. Cette fièvre ne fut accompagnée d'aucun symptôme grave ; elle dura pendant un mois, et disparut sans que Marie ait fait aucun traitement. Cependant elle s'apperçut déjà qu'une tumeur, d'abord peu volumineuse, se développait dans le côté gauche au-dessous des côtes ; ses règles ne reparurent plus aux époques accoutumées ; mais comme sa santé n'en était point altérée, elle n'y prit point garde. Cet état dura un an ; la tumeur avait fait des progrès peu rapides et les menstrues se rétablirent d'elles-mêmes ; depuis ce moment elles ont toujours paru régulièrement. La tumeur continua à augmenter de volume, et au bout de huit ans, le ventre de Marie était aussi volumineux que celui d'une femme enceinte de huit à neuf mois. Elle crut, d'après les avis de quelques commères, que le mariage dissiperait cette maladie ; elle se maria et devint grosse peu de temps après. La rate occupait alors près la moitié de l'abdomen dont elle distendait considérablement la paroi antérieure ; cependant la grossesse et l'accouchement furent entièrement heureux ; l'enfant était assez fort, il a été nourri par sa mère et jouit d'une bonne santé. Peu de temps après ses couches, Marie s'aperçut que la tumeur prenait un accroissement plus rapide ; elle devenait plus incommode par son poids ; elle commença alors seulement à influer sur la santé générale, sur l'excrétion des matières fécales ; à causer des douleurs dans l'abdomen. Marie devint bientôt grosse pour la seconde fois. Cette grossesse fut pénible ; mais l'enfant vint à terme bien portant ; l'accouchement fut cette fois plus difficile. Lorsque je vis la malade, elle avait 27 ans, et allaitait son dernier enfant âgé de 6 mois. Elle est d'une taille ordinaire, très-maigre ; son teint est jaune ; sa tête paraît remarquablement petite, eu égard à sa taille, et peut-être à cause de l'énorme développement de son ventre.

La rate s'étend de haut en bas, depuis la cloison diaphragmatique qu'elle refoule en haut, jusqu'à trois ou quatre pouces au-dessous, et en avant de la branche horizontale du pubis du côté gauche ; elle forme en cet endroit un rebord arrondi qui a plusieurs pouces d'é-

paisseur ; si on cherche à soulever cette tumeur, la malade sent manifestement sa partie supérieure qui s'élève derrière les côtes, et soulève le cœur, dont elle gêne les mouvemens. Latéralement, la rate s'étend de la colonne vertébrale jusqu'à deux ou trois pouces au-delà de la ligne blanche ; ainsi elle occupe complètement les trois-quarts de la cavité abdominale, laissant seulement le quart droit pour loger les circonvolutions intestinales. En arrière et en bas elle offre un bord épais et arrondi ; le bord droit est angulaire, de sorte qu'en palpant l'abdomen on passe brusquement d'un corps dur, formé par la rate développée, sur les parois élastiques de l'abdomen. Le tissu de cette rate, autant qu'on en peut juger extérieurement, paraît extrêmement dur. Son développement en avant est prodigieux. Depuis sa première grossesse, Marie éprouve toujours de plus en plus les accidens qui doivent nécessairement résulter de la présence d'une tumeur si énorme, tels que : anorexie, digestions pénibles, vomissemens, constipation, douleurs dans le ventre et les cuisses, etc. De plus, les progrès en sont plus rapides que jamais, la santé générale s'altère de jour en jour.

J'eus occasion de voir quelques jours après, dans un pays où les fièvres intermittentes sont communes, un jeune garçon de 10 ans, qui offrait la même maladie, presque au même degré de développement. D'après sa mère, il n'a pas cessé d'avoir une fièvre intermittente quotidienne, pendant les deux premières années de son existence. Cette fièvre ayant disparu d'elle-même, l'enfant prit rapidement l'apparence de la santé. Mais déjà sa rate avait commencé à faire une tumeur qui s'accrut continuellement. Quand je vis ce malade, la tumeur, dure comme la précédente, et offrant la même conformation, ayant un bord arrondi en arrière et en bas, et un bord aigu à droite, s'étendait en bas jusqu'au rebord antérieur du bassin, et latéralement de la colonne vertébrale à l'ombilic ; mais son développement en avant était en proportion moindre que chez Marie ; cet enfant était du reste bien développé, il se portait bien, sauf quelques accès de fièvre, qui apparaissaient au printemps et en automne. Sa peau était légèrement colorée en jaune, plus foncé sur le corps, plus clair au visage.

Thérapeutique.

ACCÈS NERVEUX CHOLÉRIFORME TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA LIGATURE ; *observation par le docteur Mitchell.* — E. A. âgée de 17 ans, d'une bonne constitution et d'habitudes régulières, fut prise, le 15 juillet 1832, de légères crampes dans les membres inférieurs et principalement dans les mollets. Ces crampes augmentèrent de violence, et le soir, elle eut une abondante évacuation liquide suivie de nausées et de douleurs dans l'abdomen. Après s'être couchée, elle vomit pendant une demi-heure une matière écumeuse, jaunâtre, très-amère. A 11 heures du soir, la douleur de l'abdomen était extrême,

et chaque accès n'était séparé que par un intervalle très-court. Ses parens lui administrèrent beaucoup de laudanum, des lavemens, des sinapismes, des applications chaudes, de l'huile de ricin, sans avantage, et à minuit et demie, on envoya chercher le docteur Mitchell. Les mains et les pieds de la jeune personne étaient froids et visqueux, son pouls presque naturel; son visage, irrégulièrement coloré, offrant en plusieurs endroits des taches rouges mal déterminées; ses cris et ses mouvemens continuels donnaient une idée de ses souffrances; aucune évacuation n'avait eu lieu depuis 11 heures. Une saignée de 36 onces (poids anglais), le laudanum, l'huile de ricin, les lavemens, les frictions sèches et chaudes n'avaient produit aucun amendement à une heure et demie. Le docteur Mitchell plaça autour de l'avant-bras un tourniquet et le serra presque autant que ses forces le lui permirent. Immédiatement après, les douleurs et les nausées cessèrent; les taches rouges irrégulières du visage disparurent; les extrémités devinrent plus chaudes. Si on desserrait le tourniquet, tous les symptômes se renouvelaient. On le maintint serré pendant une heure, après laquelle on put l'ôter sans inconvénient. Peu de temps après le départ du médecin, les douleurs et les nausées reparurent et la garde essaya en vain de les combattre par le tourniquet. A 5 heures et demie du matin, les symptômes étaient revenus avec la même intensité qu'ils avaient la veille à 11 heures du soir; le docteur Mitchell appliqua le tourniquet et en le serrant avec violence, il en obtint les plus heureux effets. Il prescrivit la pilule suivante: ol. croton, gouttes j; tartre émétisé gr. j $\frac{1}{6}$; calomel, gr. ij; rhei pulv., gr. iv, d'heure en heure jusqu'à effet purgatif. A 10 heures, cinq pilules avaient été avalées et avaient produit un selle noire, fétide, de la consistance du goudron. A midi, les nausées revinrent et furent arrêtées par l'application du tourniquet. La douleur revint légèrement dans le courant de la journée; les vomissemens reparurent deux fois; toujours, on en obtint la cessation immédiate en serrant le tourniquet. Le 17, la malade était en pleine convalescence.

L'effet remarquable du tourniquet dans un cas si violent, où les moyens ordinaires employés avec énergie n'avaient apporté aucun soulagement, rend cet instrument digne d'essais ultérieurs. Jusqu'à présent, on n'a pas fait assez d'expériences pour qu'on puisse se fixer sur sa valeur. Le plus souvent les malades s'opposent à ce qu'on le serre suffisamment, et les médecins sont retenus par la crainte de la gangrène. Les bons effets n'en sont appréciables que quand il est serré au point que la main du malade ressemble exactement à celle d'une personne atteinte du *choléra asphyxia*. Dans l'observation qui précède, il resta serré pendant quatre heures consécutives, sans le plus léger inconvénient. Dans les cas très-graves, on doit tourner la vis jusqu'à ce qu'on obtienne une amélioration qui ne manque jamais de

suivre une application de l'instrument proportionnée à l'intensité des symptômes. Cet agent thérapeutique, originaire du Japon, traversa la Chine et vint en Russie, d'où il passa en Europe avec le choléra. Son emploi doit être accompagné d'une médication interne appropriée, car il ne guérit pas radicalement, il ne fait que suspendre les spasmes et les douleurs. (*The American journal of the medical Sciences*, août 1832.)

Epilepsie existant depuis vingt ans ; guérison ; *par John Epps*. — M. A., marié et père d'un grand nombre d'enfans, âgé de 34 ans, était épileptique depuis l'âge de 11 ans. D'abord ses accès se renouvelaient de mois en mois, puis de quinze en quinze jours et même quelque temps avant qu'il ne se confiât aux soins du docteur Epps, ils s'étaient rapprochés encore davantage. Il consulta ce dernier dans le mois de septembre 1830. Il avait eu recours auparavant à plusieurs médecins distingués. Les uns avaient attribué sa maladie à une trop grande tendance du sang à se porter vers la tête ; en conséquence les saignées, les sangsues aux tempes et au cou avaient été mises en usage, avec tous les autres moyens qui pouvaient contribuer à diminuer cette tendance. Les autres prirent ces accès épileptiques pour un symptôme de la présence du tœnia, et administrèrent l'huile de térébenthine rectifiée. Tous ces traitemens échouèrent constamment.

Le docteur Epps, après avoir suffisamment examiné le cas difficile qui se présentait, crut y voir des motifs pour espérer la guérison, et s'en chargea ; le malade était affecté d'une violente dyspepsie, d'une extrême susceptibilité nerveuse ; il se plaignait de grands maux de tête qui se renouvelaient souvent et s'accompagnaient de tension douloureuse des muscles du cou. — Le docteur Epps trouva deux indications à remplir : la première, guérir l'estomac, et la deuxième, traiter l'affection du cervelet, car il reconnaît une maladie de cet organe dans l'épilepsie. Pour satisfaire à la première indication, il prescrivit la mixture suivante : ℞ *Acidi hydrociani, ad formulam D. Scheele*, goutt. xxx ; *sulfatis quininæ*, ʒ ss. ; *sulfuris præcipitati*, ʒ ss. ; *confectionis aromaticæ*, gr. xv ; *aquæ distillatæ*, f. ℥ iij.

Il recommanda à son malade de la conserver à l'abri de l'air et de la lumière, et d'en avaler une cuillerée à café trois fois par jour. Il ne dit rien du régime à suivre. — Pour satisfaire à la seconde, il prescrivit chaque soir des frictions le long du rachis avec le liniment suivant : ℞ *Linimenti saponis*, f. ℥ j ; *linimenti camphoræ comp.*, f. ℥ ss. ; *tincturæ lyttæ*, f. ʒ iv ; *ol. succini rectificati*, f. ʒ vj

M. A commença le traitement indiqué le 26 septembre 1830. Pendant la première semaine, il éprouva de la douleur et de la faiblesse dans le dos, et dans le cours de la journée, des picotemens et des élancemens douloureux qui se faisaient sentir par intervalles dans la colonne vertébrale. Cette dernière circonstance est bonne à noter ;

d'ailleurs M. A. avait eu une attaque quelques jours auparavant. Pendant cette première semaine, son agitation nerveuse était excessive. Le 4 octobre, il la comparait à un tourbillonnement; il n'avait jamais rien encore éprouvé de semblable. Depuis cette époque, il se porta mieux, et quelque temps après, il se trouva si peu souffrant et si léger, qu'en marchant il croyait avoir des souliers à ressort qui le soulevaient. Ces sensations particulières étaient peut-être dues à ce qu'il se trouvait à l'époque de son accès épileptique qui n'eut pas lieu. — Les frictions sur le rachis produisirent une considérable éruption qui fit éprouver au malade une démangeaison extrêmement pénible. — La mixture et les frictions furent continuées ainsi pendant quinze jours; on y ajouta des pédiluves très-chauds tous les deux jours, le soir. — Le docteur Epps jugea à propos d'interrompre cette médication pendant une semaine, puis il la prescrivit de nouveau, seulement trois fois par semaine et pendant trois semaines consécutives. Trouvant que la maladie de l'estomac allait mieux, il ne fit prendre de sa mixture que deux fois par jour. — Il profita de cette circonstance pour manifester son opinion sur le siége de l'épilepsie dont il plaçait la cause dans le cervelet et sur la structure laminée de cet organe. — Pour compléter le traitement, il fit faire pendant huit jours, des frictions sur le derrière de la tête avec un liniment formé par l'extrait alcoholique de noix vomique. Le malade en commença l'usage, et trois jours après, il fut pris des violentes agitations nerveuses dont il a été question déjà, et qui, cette fois encore, coïncidèrent avec l'époque ordinaire de l'accès épileptique; jusqu'au 6 novembre le malade s'en ressentit un peu. Pendant qu'on avait interrompu les frictions sur le dos, les élancemens de la colonne vertébrale avaient reparu avec force et avaient cédé à ces mêmes frictions quand elles furent reprises; celles qu'on pratiquait sur l'occiput diminuaient beaucoup la chaleur et la douleur qui y étaient perçues. Alors les soins consistèrent dans ces frictions sur l'occiput qu'on abandonnait et qu'on reprenait de temps en temps; de plus M. A. se lavait tous les matins le cou et la poitrine avec de l'eau froide et s'essuyait avec un linge bien sec et très-rude. Les accès épileptiques manquèrent encore.

Après le 6 novembre le docteur Epps prescrivit la poudre suivante : ♃ *Sulphatis quininæ*, gr. iij; *pulv. cinnamomi*, gr. j, à prendre tous les matins ; il fit reprendre les frictions dorsales une fois par semaine, et celles de l'occiput furent exécutées deux fois pendant sept soirs consécutifs, dans l'intervalle de huit semaines. Dans cet espace de temps, M. A. eut une attaque de choléra sporadique, que le médecin attribue à l'emploi prolongé de la quinine, qui, dit-il, agit particulièrement sur le foie ; on remplaça ce médicament par le sel de Sedlitz dissous dans de l'eau et de l'eau-de-vie de Cognac, deux fois par semaine; le reste marcha comme auparavant. Cependant les mois de

janvier et de février furent signalés par une singulière transformation de la maladie primitive. Tous les quinze jours, M. A. était pris pendant son sommeil, de vomissemens qui le forçaient à sortir de son lit avant que son réveil fût complet. Les efforts étaient douloureux, et il ne sortait qu'un peu de mucosités écumeuses. Une seule fois il se réveilla avant le vomissement, et alors il crut sentir un corps rond qui occupait son gosier et descendait le long de l'œsophage; aussitôt que ce corps atteignait l'estomac, les vomissemens commençaient; après ceux-ci, le corps rond semblait passer dans les intestins et s'évanouissait. M. A. n'avait jamais été sujet aux vomissemens. Avec cette transformation curieuse de la maladie coïncidèrent une sensation de chaleur brûlante au sommet de la tête, occupant la largeur de la main, s'étendant derrière la tête, et une sensation de pesanteur de chaque côté de la tête, accompagnée d'une grande confusion dans les idées. Le plus léger mouvement de la tête à droite et à gauche donnait lieu à la tension douloureuse des muscles du cou qui, auparavant, suivait les accès épileptiques. Le docteur Epps traita ces vomissemens par la liqueur arsénicale à la dose de trois gouttes, trois fois par jour, et par les pilules suivantes : ℞ *Asæ fœtidæ lachrymarum*, gr. xij; *sulphatis quininæ*, gr. viij; *m. benè ut fiant pil.* vj, *duæ h. s. s.*

Ces pilules furent prises pendant les trois jours qui précédaient les vomissemens; on fit usage aussi de pilules purgatives, comme moyen révulsif. Ces moyens produisirent un bon effet; cependant M. A. éprouva, pendant la fin de 1831, à des intervalles de deux mois, des suffocations et des vomissemens; les suffocations duraient quelquefois le jour et la nuit. Le docteur Epps considéra ces symptômes comme un effort de la nature cherchant à se débarrasser de l'affection du cerveau; ce qui le porta à prescrire un cautère à son malade. Ce cautère opéra comme il l'avait désiré; au mois de mars 1832, M. A. était guéri. L'été suivant, il fit un voyage qui acheva de raffermir sa santé.

De l'observation précédente, on est en droit de conclure que dans l'épilepsie, la longue durée de la maladie n'est pas une cause nécessaire d'insuccès, puisqu'ici elle datait de plus de vingt années; et qu'il ne faut pas beaucoup compter avec quelques médecins sur l'influence du mariage, comme moyen de guérison. Le docteur Epps ajoute que les cas où l'épilepsie est compliquée de dyspepsie offrent beaucoup plus de chances de succès que les autres. Il ne faut pas perdre de vue l'avantage qu'on retire de l'ouverture d'un cautère. (*Lond. med. and phys. journ.*, janvier 1833.)

Emploi du nitrate d'argent contre la diarrhée des phthisiques; et effet des toniques sur le cerveau; *par M. Graves, médecin de l'hôpital de Meath, Dublin.* — L'auteur assure avoir tiré de grands avantages de cette préparation, dans les cas de diarrhée colliquative

qui accompagne la phthisie. Il la préfère à la poudre de craie préparée, d'opium et quinquina, généralement employée dans cette médication, parce que l'usage de cette dernière, en arrêtant la diarrhée, fait reparaitre presque toujours des sueurs abondantes. Il pense que le nitrate d'argent est, de tous les moyens que l'on possède, celui qui réussit le mieux dans les cas de ce genre. Il l'administre à la dose d'un grain trois ou quatre fois par jour. Il fait observer que, quoique on ne puisse en général faire cesser complètement la diarrhée, sans qu'elle soit suivie de quelques sueurs, le nitrate d'argent produit cet effet sans augmenter, comme fait l'opium, la tendance à la transpiration. Il est probable, ajoute M. Graves, que le sulfate de cuivre produirait les mêmes effets. Il recommande de ne pas faire usage du nitrate d'argent quand il existe des ulcérationsdans les intestins, mais seulement dans les cas où la diarrhée résulted'une augmentation morbide de la secrétion muqueuse qui s'opère à la surface des intestins, qui se remarque surtout dans les phthisies commençantes.

Une action très-remarquable est celle que le nitrate d'argent exerce sur la circulation cérébrale; cette influence s'est manifestée d'une manière très-évidente chez un individu atteint d'épilepsie et que l'on traitait par le nitrate d'argent. Une demi-heure après l'administration de ce médicament, le malade se plaignait de vertiges et d'un violent mal de tête. La liqueur arsénicale de Fowler paraît produire des effets semblables. Le moyen de prévenir cette action est, suivant M. Elliotson, de combiner l'acide hydrocyanique à ces médicamens, dans les préparations que l'on donne aux malades.

M. Graves a encore observé des phénomènes analogues chez des personnes qui avaient fait usage pendant long-temps du sulfate de quinine à hautes doses, et qui avaient cessé subitement d'en prendre. Il fut appelé, il y a quelque temps, pour une personne qui en se promenant dans les rues fut prise tout-à-coup de vertiges, perdit la vue et manqua de tomber. De retour chez elle, elle se coucha, mais les accidens se renouvellèrent si souvent qu'elle fut obligée de consulter un médecin. Le docteur Graves trouva une légère accélération du pouls, mais sans aucun symptôme fébrile; la céphalalgie était très-légère, et le seul symptôme dont le malade se plaignit était une forte sensation de vertige, au moindre effort qu'il faisait pour se lever de son lit. Il était pâle et d'une constitution assez faible. Pensant avoir à faire à une congestion cérébrale, M. Graves ordonna l'application des sangsues à la tête et quelques purgatifs; il persista dans l'usage de ces moyens et d'autres semblables pendant plusieurs jours et sans obtenir le moindre succès. Peu de temps après, M. Graves apprit par hasard quelle était la véritable cause des symptômes cérébraux qu'avait présentés ce malade. Il paraît que depuis plusieurs mois il prenait régulièrement chaque jour du sulfate de quinine, qu'il cessa subitement. Cette action

de la quinine a été encore observée par plusieurs médecins pratiquant aux Indes Orientales.

Elle explique très-bien un fait depuis long-temps connu des médecins, c'est-à-dire que les personnes qui ont persisté long-temps dans l'usage des toniques, sont sujettes à être frappées subitement d'apoplexie (*The London, med. surg. Journal*, février 1833.).

Tumeur anévrysmale (tumeur érectile) de la langue guérie par le mercure; *obs. par J. Brown.* — En novembre 1829, une jeune fille de 18 ans vint consulter M. Brown pour une tumeur de la langue qui l'inquiétait beaucoup. Cette tumeur avait été remarquée très-peu de temps après sa naissance; elle était alors très-petite, et était restée stationnaire pendant plusieurs années; mais depuis quelque temps elle faisait des progrès. La jeune fille avait reçu des soins de plusieurs médecins. L'année précédente, un chirurgien ayant fait une ponction dans la tumeur, avait déterminé une hémorrhagie inquiétante. En examinant la langue, M. Brown trouva une tumeur aussi volumineuse qu'une grosse fraise, située au côté gauche de la face inférieure de la langue, à un pouce de sa pointe. Elle s'étendait un peu au-delà du bord de la langue; elle était molle, compressible, d'un rouge pourpre, et semblait consister en un amas de vaisseaux sanguins. En la saisissant entre le doigt indicateur et le pouce, on sentait une pulsation évidente. Le médecin anglais en conclut que c'était une tumeur de la nature de celles auxquelles on a donné le nom d'anévrysmes par anastomose, et comme elle augmentait tous les jours, il pensa qu'il serait nécessaire de l'enlever. La santé générale de la jeune fille n'était pas bonne; elle avait souvent des douleurs dans l'estomac, des nausées, des borborygmes, de la constipation. En conséquence, avant de fixer le jour de l'opération, on lui prescrivit quatre grains de *mercure* (blue pill) le soir, tous les deux jours, et un doux purgatif le matin du jour intermédiaire; ce traitement devait durer trois semaines. Au bout de quinze jours, elle était prise de tous les accidens de la salivation mercurielle. Son haleine était extrêmement fétide, et la salive coulait hors de sa bouche. Peu de jours après, sa langue s'enfla considérablement et se couvrit d'ulcères très-douloureux, et malgré la petite quantité de mercure qu'elle avait prise, elle resta dans cet état pendant cinq semaines. Tant que la langue fut tuméfiée, la tumeur fut invisible; mais cette circonstance parut toute ordinaire et fixa peu l'attention. Quels furent le plaisir de la malade et l'étonnement du médecin lorsqu'ils s'aperçurent, quand la langue eut repris son volume normal, que cette tumeur avait tout-à-fait disparu, laissant à sa place une légère excavation! Tous les accidens mercuriels se dissipèrent bientôt, et M. Brown cessa de voir sa malade. Quatre mois après, il eut occasion de la revoir, il n'y avait aucun vestige de la tumeur.

L'anévrysme par anastomose est une maladie qui doit attirer l'atten-

tion des chirurgiens. Le seul mode de traitement qu'on doive lui opposer, est l'enlèvement de la tumeur par le bistouri, quand son volume et sa position le permettent. On pourra obtenir la réduction de la tumeur, en liant les vaisseaux qui y apportent le sang; mais la cautérisation après une simple incision ne peut guère avoir de succès que quand la tumeur est très-petite et qu'on peut la détruire entièrement. Dans le cas qui nous occupe, on ne peut se rendre compte de la disparition de la tumeur qu'en supposant que la violente irritation de la langue, déterminée par le mercure, diminua le volume et l'activité des vaisseaux sanguins, ou oblitéra leur cavité. D'après ces considérations, on pourrait raisonnablement tenter la cure de tumeurs semblables situées en d'autres endroits, quand elles sont peu volumineuses, en déterminant une vive irritation dans les parties environnantes. Dans tous les cas, un fait semblable se représentant, on peut tenter le mode de traitement qui a si bien réussi par hasard à M. Brown. (*The Lancet*, 30 mars 1833).

Amputation de la machoire inférieure affectée d'ostéo-sarcome; guérison. — *Observ. par le docteur W. Anderson, de Statebourg.* — Tom, nègre, âgé d'environ 45 ans, fut confié aux soins du docteur Anderson, vers le milieu de décembre 1829, pour une tumeur volumineuse de la mâchoire inférieure. Il faisait remonter sa maladie à un coup qu'il avait reçu sur la mâchoire plusieurs années auparavant. La tumeur resta petite et fit des progrès très-lents pendant quelques années; ensuite elle abcéda souvent, laissa sortir une matière fétide et de mauvais caractère, et s'accrut rapidement. Lorsque le docteur Anderson la vit pour la première fois, elle avait douze ou treize ans d'existence, et il reconnut un ostéo-sarcôme de l'os maxillaire inférieur. Elle s'étendait à gauche jusqu'à la dernière molaire, et à droite jusqu'à l'angle de la mâchoire, comprenant la presque totalité de cet os; sa plus grande partie était à droite et en avant de la bouche. Le menton, entièrement déformé, s'avançait de dix pouces au-devant du cou, et distendait tellement la lèvre inférieure que la bouche ne pouvait se fermer. La langue était soulevée et poussée à gauche de manière à rendre la déglutition et l'articulation des sons presqu'impossibles. A l'extérieur la tumeur offrait une surface unie, à l'exception de quelques ouvertures fistuleuses et des cicatrices de quelques autres qui s'étaient fermées; mais au dedans de la bouche elle était très-irrégulière, présentant des dépressions profondes, des fissures disposées en différens sens, et des ouvertures qui versaient continuellement dans la bouche une matière fétide mêlée à la salive. Toute cette partie était d'un rouge vif. La maladie, prise dans son ensemble, avait un aspect dégoûtant et hideux, et rendait la vie du pauvre nègre presqu'insupportable. On procéda à l'amputation de la mâchoire le 14 janvier 1830.

Après avoir rasé le malade, avant d'enlever la tumeur, on la mesura. D'une oreille à l'autre, en passant par dessus le menton, il y avait une longueur de dix-huit pouces ; de l'oreille droite à l'extrémité opposée de la tumeur, quinze pouces et demi ; de la trachée au bord libre de la lèvre inférieure, dix pouces et demi. Quand elle fut séparée, elle pesait près de trois livres.

On fit une incision de la partie latérale du cou à droite, à l'angle de la mâchoire inférieure à gauche, passant au-dessous du menton, de manière à ménager un large lambeau qui fut disséqué inférieurement sur le cou. Une autre incision fut pratiquée entre les mêmes points, suivant la direction de l'os maxillaire, passant un peu au-dessous des angles de la bouche, et comprenant toute la portion de peau qui participait à la maladie. On forma un lambeau supérieur en disséquant les tégumens au-dessus de la tumeur. Cette partie de l'opération fut celle qui offrit le plus de difficulté, à cause d'une abondante hémorrhagie à laquelle on ne put opposer les ligatures. Quelques gros vaisseaux qui semblaient veineux et qui furent divisés immédiatement à la surface de la tumeur, donnèrent tant de sang, que la syncope eut lieu très-promptement. Il fallut enlever le malade de la chaise où il était, et le placer dans une position horizontale, ce qui apporta un peu de retard. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, on continua l'opération en découvrant l'os maxillaire jusqu'à la dernière molaire du côté gauche, et en le sciant le plus promptement possible. Alors on acheva la division des parties molles, et la tumeur fut séparée en coupant avec le scalpel l'os malade au côté droit, où il était large, creux et aussi mou que du cartilage; mais on laissait ainsi une partie de la maladie : il fallut l'emporter en sciant dans la portion saine de l'os, ce qui offrit de grandes difficultés. Depuis la syncope, aucune hémorrhagie ne vint entraver l'opération, et ne se manifesta ensuite quand la circulation fut rétablie. Les lambeaux furent affrontés par la suture interrompue et des bandelettes agglutinatives entre les points de suture. Quelques compresses et une bande roulée formèrent l'appareil. Le malade était épuisé et languissant quand on le porta dans son lit. Cependant il respirait facilement et ne se plaignait point. La nuit fut bonne. Le 15, point de souffrances, pouls languissant; il remuait sa langue facilement, et articulait assez bien. Le soir il avala sans peine une pinte d'arrow-root sucré, à l'aide d'un tube. Le 16; il avait bien dormi, mais il souffrait le matin. Céphalalgie, pouls plus fort et plus fréquent, mais point de fièvre. Aucune évacuation alvine depuis l'opération. Le soir, un lavement purgatif produisit deux selles, et fit disparaître la céphalalgie. Il prit un quart d'arrow-root sucré préparé avec parties égales d'eau et de lait. Le 17, céphalalgie, mal-aise, suppuration abondante; la plaie est pansée et nettoyée. Le soir, une évacuation naturelle; pouls 92, mou et ré-

gulier. Mêmes soins et amélioration jusqu'au 21. On retira les fils des sutures du côté droit en plusieurs points où l'affrontement des bords ne s'était pas fait, ceux-ci s'étant renversés en dedans, ce qui ne serait peut-être pas arrivé si, au lieu de la suture commune interrompue, on se fût servi de la suture entortillée. On ajouta deux points de suture enchevillée qui achevèrent l'agglutination. Depuis ce moment la guérison, quoique lente, marcha sans interruption. Vers le milieu de février il commença à faire usage d'alimens moins liquides. Au commencement du mois de mars, il aidait des charpentiers qui travaillaient près de son habitation. Il y avait encore une ouverture fistuleuse à la joue, par où passaient quelques parcelles d'alimens. On en obtint la guérison par l'application de la pierre infernale. Enfin une dernière fistule, donnant passage à la salive et à quelques petites portions d'alimens, fut cicatrisée au commencement du mois de mai, et la guérison fut complète. Deux ans se sont écoulés depuis ce moment, et il n'a cessé de travailler à la plantation du docteur W. Anderson, qui l'a acheté. La maladie semble guérie radicalement, les chairs sont fermes et saines. Les lambeaux, qui étaient larges, ont formé un repli en avant, de manière à suppléer en quelque sorte le menton, et, grace à cette disposition, la figure de cet homme n'a rien de repoussant. (*The Americ. Journal of the med. Sciences*, août 1832.)

De la trépanation des dents, comme moyen anti-odontalgique; *par Lucas Fattori, chirurgien-dentiste*. — L'auteur rappelle d'abord que les moyens généralement employés consistent dans la destruction de la pulpe nerveuse de la dent, soit par lacération, soit à l'aide de la cautérisation par le feu, ou des caustiques que l'on porte dans le fond de la cavité creusée par la carie. L'expérience prouve, en effet, qu'il suffit de détruire le nerf dentaire, pour anéantir aussitôt toute sensibilité, et faire cesser la douleur. Un très-grand nombre d'opérations, répétées pendant une pratique de vingt-deux années, ont démontré à M. Fattori, que le moyen suivant était incontestablement préférable à tous ceux qu'on met habituellement en usage. Ce moyen, que l'auteur regarde comme nouveau quoiqu'il ait été conseillé par Archygène, consiste dans l'application d'un petit trépan qu'on place sur la dent malade, après avoir fait maintenir convenablement la tête du patient. Quelques tours imprimés à l'instrument suffisent pour perforer le tissu osseux de la dent, et l'extrémité du trépan divise aussitôt le nerf qui remonte dans le canal dentaire. Cette section est à peine opérée de la sorte, que toutes les douleurs cessent à l'instant même.

Si l'on compare, dit l'auteur, la trépanation des dents aux autres procédés opératoires employés dans le même but, on reconnait bientôt tous les avantages qu'elle présente. En effet, lorsqu'on déchire le nerf avec un stylet aigu, suivant la méthode ancienne, on ne réussit

pas souvent parce que rarement la carie est disposée de manière à permettre l'introduction facile de l'instrument dans sa cavité, et que dans ce cas, il est impossible de tourner et de retourner le stylet, de telle sorte qu'il divise complètement le nerf; en outre, ces manœuvres causent toujours des douleurs insupportables. La trépanation, au contraire, agit constamment avec sûreté, et détruit tout ce qui pourrait apporter quelqu'obstacle à la sectiou du nerf : comme elle porte directement sur la partie que le nerf traverse, on est certain d'en opérer la division. L'application du feu n'est point non plus un moyen dont l'action soit sûre, attendu que, comme le cautère est nécessairement très-délié, il perd rapidement sa chaleur, et quand il touche les parties, il n'a plus le degré de température suffisant pour brûler profondément. Il est inutile d'insister longuement pour démontrer toute l'incertitude de l'application d'un jet de gaz hydrogène enflammé qu'on a conseillé de diriger sur la dent malade. Dans la trépanation, on ne court pas les risques de blesser quelques points de la bouche ou des parties qui environnent le siége du mal, et si la dent est située profondément, très près de l'angle rentrant de la mâchoire inférieure, M. Fattori facilite l'application de son trépan à l'aide d'un instrument qu'il nomme *speculum oris*. Quant aux caustiques, il suffit de dire que leur action ne peut être limitée au siége du mal, et qu'elle s'étend souvent sur les parties saines voisines : il résulte souvent de leur emploi, une accroissement de l'irritation du nerf dentaire, et quelquefois une inflammation du tissu des gencives. Rien de semblable ne peut avoir lieu par la trépanation.

Cette opération est applicable avec succès contre toutes les maladies des dents, quelles que soient leurs causes, et tandis que tout autre moyen entraîne souvent la perte de la dent malade, la trépanation la conserve en faisant cesser immédiatement la douleur dont elle prévient désormais le retour.

C'est particulièrement dans cette maladie des dents, que M. Fattori appelle *carie interne*, où la dent est excessivement douloureuse sans offrir la moindre apparence d'altération de son tissu, que la trépanation fournit au praticien un moyen assuré de guérison. C'est dans des cas de cette espèce qu'on a quelquefois recours à l'extraction de la dent, quand les douleurs durent depuis un temps assez long, et il est alors arrivé assez fréquemment qu'on brisait la dent au lieu de l'arracher, et qu'il restait dans l'alvéole des racines altérées ou douloureuses.

Quand la trépanation n'est pas suivie d'un soulagement immédiat ou prompt, ce résultat incomplet dépend de causes étrangères à l'opération, comme par exemple une inflammation antécédente des parties contigues à la dent, et qui exige un traitement particulier. Il est bon de plomber ensuite l'ouverture produite par la perforation du trépan,

afin d'empêcher que quelques débris d'alimens ou tout autre corps étranger s'introduise par cette ouverture dans la profondeur de la dent, et ne devienne ensuite une nouvelle source de douleur, en agissant comme corps étranger sur l'extrémité du nerf récemment divisé. Toutefois, il est nécessaire d'attendre quelques jours avant d'obturer de la sorte le trou fait par le trépan, parce qu'en le remplissant aussitôt après la trépanation, le plomb pourrait irriter par sa présence le nerf dont on vient d'opérer la section. On ne procédera donc à cette opération que lorsque la dent aura perdu toute sensibilité, et que l'irritation des parties environnantes sera complètement dissipée.

La trépanation est encore très-utile, pour faire cesser les douleurs causées par la présence de racines de quelques dents cariées, qu'il est difficile ou impossible d'extraire des alvéoles qui les renferment. Enfin, la trépanation est exempte de tous les accidens qui peuvent accompagner l'extraction des dents. (Extrait du *Trattato della cura, pulitezza, e conservazione dei denti, e della maniera di curare le malattie dei medesimi col metodo della trapanazione inventata dal chirurgo-dentista Luca Fattori.* Livourne, 1832, in-8.)

Académie royale de Médecine. (Avril).

Séance du 2 avril. — Sirop de pointes d'asperges. — M. Martin Solon fait un rapport sur un mémoire de M. Johnson, pharmacien, relatif aux propriétés de ce sirop. Ce médecin, d'après les observations contenues dans le mémoire précité, et d'après l'expérience de divers praticiens, conclut à ce que l'Académie reconnaisse l'utilité de ce remède comme sédatif, principalement dans certaines névroses et dans les maladies organiques du cœur. — Une longue discussion s'engage à ce sujet. M. Boulay pense qu'il n'appartenait pas à M. Johnson de traiter dans son mémoire de ce qui a trait à la thérapeutique, et que la partie pharmaceutique ne présente rien de nouveau. Tous les pharmaciens, dit-il, préparent depuis plusieurs années ce sirop, mais ils se gardent d'attribuer ses propriétés à une matière verte et à l'asparagine, qui sont inertes. — M. Rochoux demande si M. le rapporteur a vu, après l'usage du sirop de pointes d'asperges, le pouls réduit dans le nombre de ses battemens, comme il arrive après l'emploi de la digitale dont il l'a rapproché. M. Martin Solon répond négativement. M. Piorry, qui dit avoir expérimenté ce sirop à la Salpêtrière sur divers malades, et même sur des personnes bien portantes, prétend avoir observé un effet sédatif très-marqué. Cette préparation a calmé souvent les douleurs éprouvées par des phthisiques et par des malades

atteints de cancer de l'utérus. Un de ses élèves, à qui l'usage du café rendait le sommeil difficile, a pu s'endormir sans peine chaque fois qu'il fit suivre le café d'une dose de ce sirop. — M. Cornac demande si ce sirop fait prendre à l'urine l'odeur qui lui est propre après l'ingestion des asperges. M. Martin Solon répond par la négative. — On pense généralement, et le rapport sera modifié en ce sens, que les propriétés attribuées au sirop de pointes d'asperges ne sont pas appuyées sur des observations assez authentiques et assez précises pour être admises, et que la préparation de ce médicament n'offre rien de spécial.

M. Velpeau commence la lecture d'un mémoire *sur les fistules du larynx et de la trachée-artère*. Nous en rendrons compte plus tard.

Séance du 7 avril. — **Sirop de pointes d'asperges.** — M. Chevallier, absent à la dernière séance, demande à revenir à la question de ce sirop. Il fait observer qu'il y en a de deux espèces : l'un, dont la composition est connue, et qui n'a point d'amertume; l'autre, d'une composition inconnue, qui est amère, et dont on fait un secret : c'est sans doute un sirop composé. M. Boullay remarque que le sirop préparé par M. Johnson appartient à cette dernière espèce. M. Pariset explique cette différence, c'est que le sirop de M. Johnson est préparé avec l'asperge sauvage.

Nouvelle espèce de hernie inguinale. — M. Laugier, chirurgien de l'hôpital Necker, lit une note sur un cas de hernie qui n'a point encore été observé; c'est une hernie qui s'est faite à travers le ligament de Gimbernat, et dont le caractère s'est révélé d'abord dans l'opération, et plus tard par l'ouverture cadavérique, le malade ayant succombé à une péritonite. M. Laugier présente à l'Académie la pièce d'anatomie pathologique. M. Jules Cloquet fera un rapport sur cette observation.

Lithotritie. — M. Ségalas lit une *note sur un lithotriteur courbe fort simple*, et *sur une modification du brise-pierre de M. Jacobson.* Ce lithotriteur, aussi simple que l'instrument à trois branches dont on se sert généralement, n'en diffère qu'en ce que le tiers supérieur de la canule, qui sert de gaîne à la pince, se prolonge au-delà du mors de celle-ci en gouttière recourbée de bas en haut, et se termine par un bouton arrondi. L'instrument fermé présente ainsi la courbure d'une sonde ordinaire, c'est-à-dire, la forme la plus appropriée à la direction naturelle de l'urètre. Après son introduction dans la vessie, il s'ouvre suivant le même mécanisme que l'instrument droit, et comme la pince est droite, les manœuvres pour saisir la pierre et pour la perforer sont absolument celles qu'on met en usage avec les lithotriteurs ordinaires. Ainsi que dans ceux-ci le foret peut avoir une tête, être simple, ou produire des développemens divers. M. Ségalas cite des cas où l'impossibilité de faire pénétrer les instrumens droits aurait dû faire renoncer à la lithotritie, s'il avait été réduit à

leur emploi. Ce chirurgien ne prétend pas que la modification qu'il a apportée à l'instrument doive rendre le lithotriteur à trois branches applicable à tous les cas de pierre dans la vessie, mais il est souvent d'une application très-facile et détruit quelquefois très-promptement des pierres volumineuses et anciennes. M. Ségalas rapporte plusieurs exemples de cette espèce. — La modification que M. Ségalas a fait subir au brise-pierre de M. Jacobson, consiste en une gouttière dont il fait creuser les deux tiges de la partie moyenne de chaque chaîne : de cette manière, l'instrument, après avoir écrasé les fragmens des calculs, reste chargé du détritus, et le ramène très-facilement au dehors.

Séance du 16. — Uretère anormal. — M. Civiale écrit à l'Académie et lui soumet l'appareil urinaire d'un sujet âgé de 61 ans, mort dans son service des calculeux, à l'hôpital Necker, à la suite d'une chute, et qui présente une anomalie remarquable. A la fin de la partie prostatique de la vessie, derrière la crête urétrale, on voit l'ouverture d'un troisième uretère ; les deux autres s'ouvrent dans le lieu ordinaire. Cet individu était entré à l'hôpital, se disant souffrir de la pierre. En introduisant les instrumens lithotriteurs, on se serait presque nécessairement engagé dans cette ouverture.

Diphthérite et trachéotomie. — M. Collineau lit un mémoire sur cette maladie qu'il regarde comme dépendant d'un principe ou d'une disposition générale de l'économie. Ce qui le prouve, c'est qu'elle se manifeste à la fois ou successivement à la gorge, au pharynx, dans l'œsophage, dans les cavités nasales, la trompe d'Eustachi, l'oreille moyenne et le conduit auditif, et, ce qui est presque sans remède, dans le larynx, les bronches, dont l'affection cause quelquefois subitement, et contre toute apparence, la suffocation et la mort. Il en conclut que l'application d'un topique et la bronchotomie ne peuvent rien contre cette disposition générale dont la cause n'est pas détruite. Les succès qu'on cite de cette opération sont illusoires, car on a vu la maladie se terminer heureusement et contre tout espoir, les membranes s'étant détachées et ayant été expectorées. M. Collineau pense que l'on ne doit opérer que lorsqu'il n'y a plus aucune chance, et la détermination de cet accident est extrêmement difficile. Il présente à l'Académie une lancette courbe de son invention, qu'il croit propre à ouvrir la trachée avec plus de promptitude et de sûreté qu'avec les autres instrumens.

M. Velpeau approuve la plupart des propositions de M. Collineau, mais il en est auxquelles il croit devoir répondre. M. Bretonneau, qui a vu un très-grand nombre de diphthérites, et acquis une expérience consommée sur cette affection, ne se détermine jamais à l'opération qu'à la dernière extrémité, lorsque le malade est en proie à l'asphyxie.

C'est moins pour ranimer la circulation qu'il ouvre la trachée, que pour y faire pénétrer le liquide irritant à l'aide duquel il espère détacher les membranes et en provoquer l'expulsion. Le nombre des guérisons est petit; mais tel qu'il est il autorise à tenter l'opération, lorsque autrement il n'y a plus de chances. Quant à l'instrument de M. Collineau, M. Velpeau le trouve peu convenable, en ce qu'il ne ferait à la trachée qu'une trop petite ouverture.

Plusieurs observations de peu d'importance sont faites à ce sujet par divers membres.

Méthode plastique de traitement des fistules laryngo-pharyngiennes. — M. Velpeau termine la lecture d'un mémoire sur les fistules du larynx, qu'il avait commencée à la séance du 2. Voici l'analyse de ce mémoire.

Les plaies de la région antérieure du cou ont une grande tendance à rester fistuleuses quand elles atteignent les canaux aérifères. Celles de la trachée, à moins que ce conduit ne soit complètement divisé en travers, se cicatrisent en général avec facilité. Lorsqu'elles ont leur siége aux cartilages cricoïde et thyroïde, l'art en triomphe également. Mais il n'en est plus de même des plaies situées dans l'espace thyro-hyoïdien. Ici, la position, les bandages, la suture même, ne suffisent pas toujours pour en tenir les lèvres convenablement rapprochées. M. Velpeau explique cette différence par la disposition anatomique des parties, qui fait qu'elles perdent leur parallélisme aussitôt après avoir été divisées, et que par leur mobilité les moyens chirurgicaux ont peu de prise sur elles. Ces dernières plaies s'observent plus souvent dans cet endroit du cou qu'ailleurs, parce qu'elles résultent le plus souvent de tentatives de suicide ou d'assassinat, et que l'arme meurtrière y est conduite par la saillie du menton et arrêtée par celle de l'extrémité antérieure du larynx. Du reste, le bord supérieur du cartilage thyroïde se terminant en arrière et de chaque côté par une corne assez longue, il est rare que l'instrument pénètre au-delà; les carotides sont ainsi protégées. L'artère thyroïdienne supérieure, ou quelque autre branche de moindre volume encore, étant seules susceptibles d'être atteintes, le blessé survit presque toujours, et la fistule a le temps de s'établir.

Par cela même que les plaies de l'espace thyro-hyoïdien sont difficiles à réunir de prime-abord, les fistules qui en sont la suite doivent être encore plus difficiles à fermer. Ces fistules, regardées comme incurables, ou négligées par les malades dont elles ne compromettent pas l'existence, n'ont été l'objet d'aucune tentative opératoire. M. Velpeau, dans ces cas, a cru devoir adopter une méthode différente de celles qu'on emploie ordinairement, et qui sont presque toujours inefficaces; cette méthode consiste dans la construction d'un *repli* ou d'un *bouchon* de tissus sains qu'on introduit et maintient dans la fistule. Voici le procédé opératoire, tel que le décrit ce chirurgien.

1.er *temps de l'opération.* — Le sujet couché sur le dos comme pour la bronchotomie, et contenu par des aides, le chirurgien, placé à droite, taille sur le devant du larynx, au-dessous de l'ulcère, à l'aide d'un bistouri droit ou convexe, un lambeau de tégumens, large d'un pouce et long de deux, plus ou moins, suivant la largeur ou la profondeur de l'ouverture à fermer; coupe ce lambeau en écusson ou carrément par en bas; lui donne un peu moins de largeur en haut qu'inférieurement; le dissèque et le relève de l'extrémité libre vers la racine, en renversant avec lui autant de tissu cellulaire que possible, sans dénuder le cartilage, et s'arrête dès-lors pour procéder au second temps de l'opération.

2.e *temps.* — Ce deuxième temps comprend l'avivement de la fistule. Fatiguant le malade par la toux qu'il suscite ou les mouvemens répétés de déglutition qu'il détermine, il exige des précautions et quelque patience. Au lieu de l'effectuer en dédolant, comme il semblo plus commode de le faire, j'ai cru remarquer qu'il valait mieux enfoncer d'abord la pointe du bistouri sur un point du cercle à rafraîchir, afin d'en parcourir ensuite toute la circonférence avant d'interrompre nulle part la continuité de la pellicule qu'on veut en détacher. On excise ainsi une bandelette que la pince soutient successivement et sans difficulté jusqu'à la fin par différens points à mesure que l'instrument la sépare d'avant en arrière. Son bord profond ne devant être détaché qu'en dernier lieu, le sang s'échappe du côté de la peau. Ne pénétrant point ou ne pénétrant du moins qu'en très-petite partie dans la cavité laryngo-pharyngienne, ce fluide ne fait plus naître chez le malade un aussi vif besoin de tousser et n'expose à aucun risque de suffocation. Il est d'ailleurs bon de s'y prendre de telle sorte que la plaie se trouve un peu plus large en avant qu'en arrière, et qu'elle offre, jusqu'à un certain point, la forme d'un cône ou d'un entonnoir.

3.e *temps.* — Après une minute ou deux accordées au malade pour se reposer, et nécessaires aussi pour que le suintement de la surface saignante se suspende, on passe au troisième temps, c'est-à-dire au placement du lambeau. Cette partie de la méthode présente deux nuances assez tranchées. Si la fistule a plus d'étendue en travers que de haut en bas, on commence par mettre le lambeau en double, en ayant soin cependant de n'en pas remonter la pointe tout-à-fait aussi haut que la racine. On le renverse dans cet état, sans le tordre. Sa surface cellulo-graisseuse étant seule libre, le chirurgien en engage alors le talon ou la partie moyenne dans la fistule. Il ne reste plus ensuite qu'à passer de gauche à droite une longue aiguille qui traverse en même temps les lèvres de la plaie et toute l'épaisseur du corps qui la remplit. Quelques tours de suture entortillée, un linge troué enduit de cérat, de la charpie, une ou deux compresses et des

cercles de bande maintiennent le tout. Le lambeau réclame ici une certaine attention. Sa pointe, étant libre contre la face interne ou cutanée du pédicule, s'échapperait facilement en se déployant en arrière, si l'aiguille mal fixée se trouvait entre ses deux moitiés repliées, au lieu de le traverser réellement.

Cet accident est arrivé à mon second malade, et m'a fait craindre un instant d'être obligé de recommencer. On l'éviterait avec certitude, en fixant préalablement ensemble le sommet et la racine du pli tégumentaire par un point de suture simple. Alors l'aiguille profonde et la suture entortillée ne seraient pas indispensables. Une lanière de diachylon, placée d'avant en arrière et assez longue pour faire le tour du cou, en tiendrait aisément lieu. Lorsque la fistule a son plus grand diamètre dans le sens vertical, ou qu'elle affecte la forme circulaire, il suffit de rouler le lambeau, taillé comme il vient d'être dit, sur sa face cutanée et parallèlement à sa longueur, de manière à en former un cylindre ou un bouchon. L'opérateur, le renversant ensuite, en plonge l'extrémité libre dans l'ouverture anormale jusqu'à une certaine profondeur, le fixe comme précédemment, et tache de ne laisser aucun vide entre les surfaces rafraîchies. Si quelque circonstance l'exigeait au surplus, ce lambeau pourrait tout aussi bien être pris sur le côté, et même en haut, qu'au devant du cartilage thyroïde. C'est au praticien à voir dans quel sens les tissus sont le mieux disposés à cet effet. Il importe seulement de lui donner moitié plus de longueur et de largeur que les dimensions de l'ouverture à fermer ne sembleraient le demander à la première vue ; atteudu que sa rétraction naturelle en diminue considérablement le volume une fois qu'il est en place.

Quant à la plaie qui résulte de sa dissection, on pourrait la réunir immédiatement au moyen de deux ou trois points de suture entortillée chez le plus grand nombre des sujets ; mais la difficulté d'établir une compression égale aux environs fait qu'on court alors le risque de voir un érysipèle ou la suppuration envahir la totalité du cou. La prudence veut donc qu'on se borne à en rapprocher modérément les bords au lieu d'en rechercher le contact parfait.

M. Velpeau n'a encore eu que deux fois l'occasion de mettre cette méthode en pratique, il est vrai, mais dans les deux cas le succès a été complet.

L'un des malades qui l'ont subie est une jeune homme de 28 ans, d'ailleurs bien portant, qui avait eu la gorge coupée quatre mois auparavant entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde et d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre. Des points de suture, un bandage et la position fléchie de la tête, mis en pratique sur-le-champ par M. Denis, chirurgien do l'hôpital de Commercy, ne procurèrent qu'une réunion incomplète de la plaie. Lorsqu'il entra à l'hôpital le 15 décem-

bre 1832, les bords de la solution de continuité étaient isolément cicatrisés dens l'étendue d'environ six lignes. Sa tête étant relevée, on faisait aisément pénétrer l'extrémité du petit doigt dans la fistule. Dans cet état, il pouvait à peine se faire entendre. En abaissant le menton, au contraire, il retrouvait la voix et la parole. Une sonde courbe, portée par la plaie, et l'indicateur gauche introduit profondément dans l'arrière-bouche, permirent de constater que la division s'ouvrait immédiatement au-dessus de la glotte et au-dessous de l'épiglotte, fortement relevée par la racine de la langue. La déglutition des liquides causait plus de toux que celle des solides. Aujourd'hui encore, il lui est plus difficile de boire, du bouillon surtout, que d'avaler des alimens proprement dits. Des mucosités s'échappaient en abondance par la fistule. D'assez grandes précautions étaient nécessaires pour empêcher une partie des matières ingérées de s'y engager aussi. Le moindre contact de ces corps ou d'un corps étranger quelconque avec l'intérieur de la blessure déterminait aussitôt une quinte de toux assez violente pour rendre impossible le rapprochement continu des bords de cette solution de continuité.

Le 22 décembre, l'opération fut faite suivant lo premier procédé indiqué ci-dessus. Le lambeau, une fois disséqué, fut mis en double, renversé de bas en haut, puis introduit, ainsi plié dans la fistule avivée, et fixé enfin par une seule épingle. L'appareil ne fut levé que le quatrième jour. La pointe du lambeau, un peu trop courte ou mal retenue contre sa racine, s'étant déployée, parut être à nu dans le larynx. Le boursouflement des tissus fit même penser un instant que la totalité du pli tégumentaire avait pu tomber dans la gorge. Une quinte violente de toux, survenue l'avant-veille, fortifiait encore une pareille supposition, mais la suite prouva qu'il n'en était rien. En effet, c'est en se retractant d'arrière en avant que ce lambeau a fini par boucher la fistule, et son pédicule s'est retrouvé d'une manière distiete avant la cicatrisation parfaite. Un pertuis qui admettait à peine une têto d'épingle, et dont la cautérisation avec le nitrate de mercure, avec le fer rouge, avec le nitrate d'argent, n'a que difficilement triomphé, n'est définitivement oblitéré que depuis les premiers jours de mars. L'étranglement produit par une longue bandelette emplastique, placée au-dessus pour en abaisser la lèvre supérieure, a fait en outre que la plaie du lambeau ne s'est cicatrisée que très-tard, et qu'un abcès survenu en dehors s'est montré plusieurs fois depuis ; mais de manière néanmoins à ne compromettre en rien le succès de l'opération première.

La seconde opération faite par M. Velpeau est rapportée dans notre tome XXIX, pag. 275.

M. Velpeau pense que la méthode qu'il propose, sans être la seule qu'on doive adopter, est d'une efficacité plus certaine et d'une appli-

cation plus facile, plus à la portée de tous les chirurgiens que les autres méthodes employées jusqu'ici, méthodes auxquelles certaines fistules résistent d'ailleurs opiniâtrement. Quand on prend le parti d'isoler en travers l'angle thyroïdien de la perforation, pour en mettre plus sûrement les deux lèvres en contact, il reste le plus souvent une fistule transversale au-dessous de la division verticale qu'on a guérie. La solidité du cartilage et la saillie qu'il forme en avant donnent l'explication de cette difficulté. Le décollement latéral offre un inconvénient beaucoup plus grave encore et dont on n'a pas assez tenu compte, en l'appliquant à d'autres fistules. Les mucosités qui reviennent de la trachée, la salive même, se glissant entre les lambeaux affrontés et les tissus sous-jacens, détermineraient presqu'inévitablement une inflammation érysipélateuse, capable de gagner promptement une grande partie du cou. L'état des parties ne permet presque jamais d'ailleurs de donner assez d'épaisseur ou de régularité aux lambeaux qu'il s'agit de décoller en pareil cas pour n'en pas laisser craindre la gangrène ou la suppuration.

La peau du voisinage est trop mince et trop souple pour qu'on puisse en construire un opercule convenable et l'appliquer d'après les règles établies pour la chéiloplastique. Les points nombreux de suture qu'il exigerait, la tendance des fluides laryngo-pharyngiens à s'échapper par la fistule, en feraient le plus souvent échouer l'agglutination. Cette dernière méthode enfin offre, suivant l'auteur, tous les inconvéniens de celle qu'il a mise en pratique, sans en avoir les avantages. Elle ne mérite véritablement la préférence que dans les fistules trop larges pour pouvoir être fermées à l'aide d'un bouchon ou d'un simple repli tégumentaire.

M. Velpeau pense que cette méthode conviendrait également à d'autres fistules et pour fermer une foule d'autres ouvertures. Les fistules profondes, étroites, avec déperdition de substances de l'urètre, les fistules thoraciques abdominales, les anus accidentels, lorsque l'obstacle au cours des matières n'existe plus, certaines fistules salivaires, certaines fistules lacrymales, en retireraient probablement plus de fruit que des diverses méthodes plastiques essayées jusqu'à présent.

Séance du 23. — Empoisonnement. — M. Gueneau de Mussy communique un fait remarquable d'empoisonnement. Un fabricant de bleu pour porcelaine préparait de cette substance avec un ouvrier. Sur le feu était un matras contenant du cobalt, de l'arsenic en excès, du mercure, du sel ammoniac et de l'acide nitrique. Le matras se brise, une vapeur abondante s'échappe. L'ouvrier se sauve précipitamment par la fenêtre. Le maître tombe, on le retire bientôt par les pieds privé de connaissance. L'effet du poison sur l'ouvrier fut une tuméfaction qui se manifesta aussitôt. Au bout de 48 heures, le ventre était aussi gros que celui d'une femme au terme de la grossesse. Il avait aussi éprouvé des douleurs dans les mâchoires et de l'obscurcissement

de la vue. Il lui fut donné sans succès un purgatif. Six jours après, cet homme entre à l'Hôtel-Dieu ; il était sans fièvre, ne ressentait de gêne que celle qui résultait de la distension du ventre. Cette affection a cédé à des bains frais, à des purgatifs doux, après l'expulsion d'une grande quantité de gaz fétides. — Le maître est mort avec le même état d'enflure.

— M. Collineau fait un rapport sur plusieurs remèdes secrets qui sont tous rejetés.

Hernie étranglée. — M. Velpeau rapporte qu'une femme entrée à l'hôpital de la Pitié éprouvait depuis cinq jours les symptômes d'un étranglement herniaire. Elle fut opérée aussitôt. A l'ouverture du sac, on aperçut une anse intestinale, du volume d'un œuf, noire et offrant trois petites perforations, avec renversement de la muqueuse au dehors, d'où sortait un liquide roussâtre et des matières fécales, lorsqu'on l'a pressé. Une sonde introduite dans l'une de ces ouvertures a pénétré dans l'intérieur de l'intestin. Au moment où M. Velpeau se disposait à passer une ligature pour fixer l'intestin dans la plaie, celui-ci s'échappa et rentra dans l'abdomen. Il eût été dangereux de l'y aller chercher. Le chirurgien préféra les chances que laissaient espérer plusieurs cas semblables où il n'y eut pas d'épanchement. En effet, il n'y eut aucun accident. Les évacuations se sont rétablies, et la guérison a eu lieu. — M. Bégin cite un fait analogue, mais qui a eu un résultat tout contraire. L'intestin n'était pas perforé, mais il offrait trois petits points de couleur grise, dont le plus grand avait la dimension d'une lentille ; l'intestin ayant été réduit, les évacuations se rétablirent ; mais le troisième jour, quelques matières stercorales se montrèrent dans la plaie, la péritonite survint, et le malade succomba. — M. Velpeau pense que le cas rapporté par lui n'était pas semblable à celui de M. Bégin. Chez son malade, il y avait ulcération, mais non gangrène, tandis que dans le fait de M. Bégin, il y avait probablement gangrène, et l'épanchement a dû suivre la séparation des escarres.

Terre d'Abyssinie. — M. Soubeiran fait un rapport sur la composition chimique d'une échantillon de terre qu'on trouve en Abyssinie, et qui est employée en dissolution comme antisyphilitique. L'analyse lui a fait découvrir dans cette terre des sels à base de soude, du fer, et une matière organique, engagée dans une combinaison toute particulière. La quantité trop petite de la substance n'a pas permis de faire les expériences thérapeutiques que M. Cullerier s'était chargé de tenter. — M. Chevalier s'engage à en procurer une quantité assez grande pour continuer les essais chimiques et thérapeutiques.

Influence de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur sur l'apoplexie. — M. Bouillaud fait un rapport sur un mémoire de M. Larroque relatif à ce sujet. L'auteur de ce mémoire rapporte un grand nombre

d'observations pour démoutrer cette influence. M. Rochoux combat cette opinion. M. Villermé révoque en doute ce que dit M. Larroque des effets des émotions morales et des mouvemens du cœur comme suivis de l'apoplexie. M. Bouillaud répond à cette opinion par la lecture d'un passage du mémoire de M. Larroque, où ce médecin rappelle d'après Baglivi, qu'en 1687, 1694 et 1695, de violens tremblemens de terre ayant jeté la terreur dans plusieurs villes d'Italie, à Naples, à Bénevent, à Rome, on vit régner dans ces contrées une épidémie d'apoplexie.

Académie royale des Sciences.

Séance du 1er avril. — PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE. — M. Biot lit une note relative à ses nouveaux travaux sur la végétation, en exposant les premiers résultats de ses recherches sur les transformations chimiques qui s'opèrent dans les sucs végétaux sous l'influence de la vie. D'après ses expériences, l'auteur avait annoncé que la sève du bouleau, du noyer, du sycomore, essayée dans cette saison, au moment où elle sort de l'arbre, ne contient pas sensiblement d'acide carbonique; d'où il tirait la conclusion que les jeunes bourgeons, qui s'alimentent uniquement de cette sève avant le développement de leurs organes extérieurs, doivent avoir la puissance de décomposer le sucre, et en général les produits carbonisés qu'elle renferme, pour s'en approprier le carbone et le faire servir au développement rapide de leurs parties foliacées, de même que les plumules des graines en germination décomposent la fécule de leurs cotylédons ou de leur périsperme et en font du sucre dont elles s'alimentent. Dès-lors, en effet, ainsi qu'il l'apprend maintenant, il avait trouvé que les jeunes bourgeons du lilas, les seuls qui se soient déjà découverts de leurs écailles, contiennent du sucre, un sucre fermentescible, analogue, par sa rotation vers la gauche, au sucre de raisin non solidifié. Depuis, il a extrait les élémens liquides et solubles que renferme actuellement le bois de cet arbuste, et il y a pareillement trouvé du sucre, comme dans le bois de noyer et de sycomore; mais ce sucre, qui est celui de la sève, est analogue, par sa rotation vers la droite, au sucre de canne ou d'amidon.

Ainsi la végétation du bourgeon a le pouvoir de changer ces produits l'un dans l'autre, comme la germination change la dextrine de la fécule en un sucre tournant vers la droite (M. Biot s'en est assuré sur l'orge germé), et ses résultats n'ont rien que de conforme aux propriétés nouvelles que nous voyons tous les jours se développer dans des actions chimiques analogues. Par exemple, M. Bouchardot avait annoncé que le sucre de cannes, soumis à la fermentation, se change

en sucre incrystallisable, et il paraît que M. Dubrunfaut avait fait de son côté la même remarque. Or, en observant le sens de rotation de ce produit, M. Persoz s'est assuré qu'il est analogue au sucre de raisin non solidifié, car sa rotation a lieu vers la gauche, tandis que le sucre de fécule, soumis à la fermentation, a gardé sa rotation vers la droite jusqu'à ce qu'il ait été totalement détruit. Ce moyen de distinction, dit M. Biot, sera très-utile dans l'étude des sucs végétaux; mais déjà, en le prenant comme un simple fait, puisque la fermentation opère des changemens semblables, il est simple que la végétation, cette sorte de fermentation vivante, puisse également les opérer.

—M. Edwards lit une note sur les formations de l'acide acétique par la germination. Ayant entrepris, au commencement du printemps dernier, avec M. Colin, professeur de chimie à l'école de St-Cyr, une série de recherches pour déterminer l'influence des agens physiques et chimiques sur la végétation, ce physiologiste a laissé de côté l'influence de l'électricité dont il savait que M. Becquerel s'occupait. Je n'étais pas présent, dit M. Edwards, à la dernière séance où M. Becquerel a commencé la lecture d'un mémoire fort intéressant sur la germination. J'ai appris seulement qu'il devait y exposer des recherches sur la présence d'un acide qui se développe par la germination, et que cet acide est l'acide acétique. Je n'ai connaissance que de ce fait, et c'est précisément celui sur lequel nous nous sommes rencontrés sans qu'il y ait à cet égard aucune communication préalable de part ou d'autre, malgré l'intimité et l'amitié qui règnent entre nous. De la part de M. Colin et de moi, ce fait a été constaté dans une longue suite d'expériences sur une variété de graines, et nous en avons aussi observé la persistance long-temps après la sortie de la radicule et de la tigelle, du moins tant que les cotylédons continuent à exercer quelque action.

Quant au développement de cet acide par l'action des feuilles, développement constaté par M. Becquerel, nous ne l'avons pas observé, et nous n'auriens guère pu le faire, car cela n'entrait pas alors dans le cercle de nos recherches.

Nous avons tardé à en donner communication, parce que nous nous proposions de présenter une série de recherches dans un ordre méthodique, et qu'il fallait dire chaque chose à sa place; aussi je me borne aujourd'hui à énoncer le fait en me proposant de revenir plus tard sur ce sujet. J'ajouterai seulement que le fait est important, comme on peut d'ailleurs le présumer, et comme nous le ferons voir dans la suite, lorsque nous ferons connaître aussi d'autres produits qui se manifestent hors de la graine dans certaines circonstances pendant l'acte de la germination, tels que ceux de la fermentation alcoholique, ou, lorsque la vie cesse dans la graine, la formation d'un produit avec des propriétés opposées à l'acidité, c'est-à-dire un alcali.

Sous peu nous aurons l'honneur de présenter à l'Académie un premier mémoire où nous examinerons *les rapports de la température avec la germination.*

M. Becquerel termine la lecture de son premier mémoire sur l'application de l'électro-chimie à la physiologie végétale, lecture commencée à la séance du 25 mars.

Séance du 25 avril. — CHIMIE VÉGÉTALE. — MM. Payen et Persoz annoncent qu'ils viennent d'isoler la substance indiquée dans leurs précédentes communications comme ayant la propriété de déterminer la rupture des enveloppes de la fécule, et que pour cette raison ils proposent d'appeler *diastase*. Cette substance existe dans les semences d'orge et de blé germées, dans les germes de la pomme de terre où elle est toujours accompagnée d'une substance azotée. Ces chimistes indiquent le procédé pour extraire la diastase de l'orge germé.

— L'Académie procède à l'élection d'un nouveau membre pour la place devenue vacante dans la section d'anatomie et de zoologie par la mort de M. Latreille. La section présente deux listes de candidats : l'une de zoologistes et l'autre d'anatomistes. Sur la première sont au premier rang et *ex æquo* MM. Desmarets et Valenciennes ; au deuxième rang, MM. Dejean et Férussac. Sur la liste des anatomistes, MM. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et Strauss sont en première ligne et *ex æquo*, en second, M. Milne Edwards. Les suffrages sont partagés entre MM. Geoffroy-Saint-Hilaire et Valenciennes ; mais ni l'un ni l'autre n'ayant obtenu la majorité, l'élection est remise à la séance prochaine.

STATISTIQUE MORALE. — M. Girard fait un rapport sur l'*Essai sur la statistique morale de la France*, par M. Guerry, avocat.

Parmi les différens objets qui sont du ressort de la statistique, un des plus importans et des plus difficiles à traiter consiste dans l'énumération et le classement des actions humaines qui peuvent exercer une influence quelconque sur l'état de l'individu isolé ou sur l'état de la société dont il fait partie; mais les actes qu'il s'agit d'énumérer et de classer s'étendent dans un champ si vaste, se présentent sous un si grand nombre d'aspects et proviennent de tant de causes diverses, que l'étude de cette branche de la statistique ne peut conduire à des résultats utiles qu'autant qu'ils ont été déduits de longues séries d'observations. Les actions humaines étant toujours innocentes ou coupables par rapport à la société, la recherche des lois numériques suivant lesquelles les unes et les autres se répartissent dans un pays quelconque, est l'objet essentiel de la statistique morale ; c'est aussi par cette recherche que M. Guerry entre en matière dans le mémoire présenté à l'Académie.

Nous avons donné, à l'époque de la présentation du mémoire, l'analyse d'une partie des matières qui y sont traitées. Nous nous bornerons à donner ici les résultats relatifs aux suicides. Depuis 1827 jusqu'en

1830, il en a été commis 6,900 dans toute l'étendue du royaume, c'est-à-dire près de 1800 chaque année, encore faut-il observer que les autorités judiciaires n'ayant constaté que ceux de ces crimes qui ont été suivis de mort, ou qui ont donné lieu à un commencement d'instruction, ce nombre de 1,800 est probablement inférieur de beaucoup à celui des suicides qui ont été commis. Si maintenant, partant de cette donnée, on se rappelle que le nombre des crimes contre les personnes s'élève chaque année à 1,900, dont 500 seulement sont des attentats à la vie d'autrui, on est conduit à cette conclusion imprévue que toutes les fois qu'un homme périt en France de mort violente, autrement que par accident ou par homicide involontaire, il y a trois à parier contre un qu'il aura lui-même attenté à ses jours.

De ces considérations générales, M. Guerry passe à la distribution géographique des suicides commis dans chacune des parties de la France. Il trouve que sur 100 suicides il s'en commet annuellement 51 dans la région du nord, 11 dans la région du sud, 16 dans celle de l'est, 13 dans celle de l'ouest, enfin 9 dans celle du centre.

Quant au rapport du nombre des suicides à la population, on compte, dans la région du nord, un suicide sur 9,853 habitans ; dans celle de l'est, 1 sur 21,734 ; dans celle du centre, 1 sur 27,393 ; dans celle de l'ouest, 1 sur 30,499 ; enfin dans celle du sud, 1 sur 30,876. Il est à remarquer que, dans le seul département de la Seine il se commet chaque année environ le sixième de la totalité des suicides qui se commettent dans nos 86 départemens, mais il convient de remarquer en même temps que la plupart des suicides sont étrangers à la capitale. Ainsi, sur 1,000 individus qui s'y rendent coupables de suicide, 505 sont originaires des départemens du nord, 210 des départemens de l'est, 168 de ceux du sud, 65 de l'ouest, et enfin 52 du centre, distribution qui se présente, sinon dans la même proportion, du moins dans le même ordre que la distribution des suicides commis dans les cinq régions, eu égard à la population.

La légende explicative qui accompagne la carte que M. Guerry a dressée de la distribution des suicides par département, indique que dans celui de la Seine, où il s'en commet le plus, on compte un suicide sur 3,600 habitans, tandis que dans celui de la Haute-Loire, où il s'en commet le moins, on n'en compte qu'un sur 163,000 habitans. L'inspection de cette carte donne lieu à une remarque singulière ; c'est que, de quelque point de la France que l'on parte, le nombre des suicides s'accroit pour ainsi dire régulièrement à mesure que l'on s'avance vers la capitale. Ainsi, il s'en commet plus dans les départemens presque limitrophes de Seine-et-Oise, de l'Oise, et de Seine-et-Marne, que dans les départemens plus éloignés de la Marne, de la Seine-Inférieure, de l'Aube et du Loiret. La même remarque s'applique à la ville de Marseille, considérée comme métropole de quelques-uns

de nos départemens du sud-est. Plus ces départemens se trouvent rapprochés de cette ville, plus les suicides y sont nombreux, eu égard à la population.

La comparaison des crimes contre les personnes et des suicides constatés dans les différentes régions du royaume, fournit la preuve que les départemens où l'on attente le plus souvent à la vie des autres sont précisément ceux où l'on attente le plus rarement à la sienne propre, et réciproquement.

Nous ne suivrons point l'auteur dans les réflexions qu'il fait sur les diverses causes qui peuvent exciter les hommes au suicide. Nous dirons seulement avec lui qu'on connaît les véritables motifs de ce crime avec bien plus de certitude que les motifs de la plupart des autres. Il est rare en effet que les individus qui se donnent la mort ne laissent pas quelque écrit où ils manifestent leurs dernières volontés, et où ils exposent, en essayant presque toujours de les justifier, les raisons de leur détermination.

M. Guerry a pu consulter un grand nombre de ces écrits posthumes conservés aux archives de la préfecture de police, et classer dans un certain ordre et sous différens titres les sentimens qui y sont exprimés. Il en a dressé un tableau où chaque article offre aux moralistes un ample sujet de réflexions.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse, dit le rapporteur, et nous arriverons directement aux conclusions sur l'ouvrage que M. Guerry a soumis à l'Académie. La *Statistique morale* dont il traite se place au premier rang parmi les autres branches de la statistique générale, tant à cause de la difficulté de coordonner entre eux les faits moraux dont elle exige la recherche, que par la haute importance des résultats auxquels cette recherche conduit. La connaissance exacte de ces faits et l'assurance acquise de leur retour dans des circonstances déterminées, peuvent seules en effet éclairer le gouvernement sur le choix des moyens les plus efficaces pour créer ou pour améliorer toute institution susceptible d'exercer une influenee quelconque sur les mœurs publiques ou privées.

Séance du 15 *avril.* — Causes de la circulation. — M. Tanchou écrit à l'Académie pour lui communiquer les idées qu'il s'est formées sur la cause de la circulation. Ce médecin, s'appuyant sur les inductions que lui fournissent quelques faits, et non sur des expériences directes, croit que la circulation est un mouvement de succion, et que ce mouvement est la conséquence de la formation d'un vide. Ce vide, déterminé par la soustraction continuelle de quelqu'un des principes du sang, appellerait ce fluide dans les gros vaisseaux comme dans les petits, etc., etc.

Panification et pain de fécule de pommes de terre. — M. Gannal communique l'extrait d'un travail sur la panification en général, et

particulièrement sur la fabrication du pain de fécule de pomme de terre. Ses recherches l'ont, dit-il, conduit à reconnaître :

1.° Que les propriétés nutritives des substances végétales sont proportionnelles à la quantité de fécule, de gomme, de sucre ou d'huile que ces substances contiennent; qu'ainsi le riz, qui renferme de 80 à 85 centièmes de fécule, est plus nutritif que le blé, qui n'en contient que de 70 à 75 centièmes; et à plus forte raison que l'orge qui n'en renferme que 32 centièmes;

2.° Que, contrairement aux idées généralement admises, le gluten n'est pas une substance nutritive; que, par rapport à la panification, son rôle se borne à former un tissu cellulaire propre à retenir les gaz qui se dégagent pendant la fermentation, et que par rapport à la digestion, son rôle consiste à empêcher que la fécule ne traverse trop rapidement l'estomac et les intestins grêles;

3.° Que la fermentation qui a lieu pendant la panification doit être seulement vineuse, et que le pain est de mauvaise qualité quand cette fermentation est acide, ce qui arrive toujours lorsqu'on emploie, comme on le pratique presque partout, des levains conservés pendant des semaines entières.

4.° Que le gluten ne subit aucune altération pendant la fermentation ni même pendant la digestion;

5.° Que le tissu aréolaire que forme le gluten dans le pain peut être facilement isolé de la fécule par l'action de l'acide sulfurique étendu d'eau, et élevé à la température de cent degrés;

6.° Que pendant la panification *le gluten absorbe plus de trois fois son poids d'eau, et qu'à la température de 55.° cent. il l'abandonne presque complètement, tandis que c'est à cette même température que la fécule se combine à l'eau et se transforme en amidon*;

7.° Que le pain fait avec des farines de bonne qualité doit contenir environ 50 centièmes de fécule, 17 centièmes de gluten et de ligneux, et 33 centièmes d'eau;

8.° Que, pour faire du pain de fécule de pommes de terre, il faut autant que possible se rapprocher de ces proportions, c'est-à-dire qu'il faut réunir à la fécule des farines qui contiennent proportionnellement une plus grande quantité de gluten ou de substance ligneuse que les farines de bonne qualité.

En partant de ces principes, M. Gannal a fait un pain dont des échantillons sont présentés à l'Académie et dont la composition est la suivante : 10 kilog. de farine bise de 4 à 25 fr. les 150 kilog.; 20 kilog. de fécule de pommes de terre à 24 fr. les 100 kilog.; 200 grammes de sucre brut à 80 c. le demi-kilog. 180 grammes de levures de bière à 50 c. le demi-kilog.; 250 grammes de sel commun à 59 c. le kilog.; 11 litres d'eau. Ce mélange a donné 22 pains de 2 kilog. pesé juste.

L'Académie procède à un scrutin de ballotage entre MM. Isidore

Geoffroy Saint-Hilaire et Valenciennes. Nombre des votans, 58; six billets blancs, 30 voix pour M. Isidore Geoffroy, 22 pour M. Valenciennes. M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire est proclamé.

Asparamide. — M. Robiquet fait un rapport sur un mémoire de MM. Boutron-Charlard et Pelouze, relatif à l'asparamide et à l'acide asparamique.

Une matière particulière, observée dans les asperges par M. Robiquet, reçut à cause de cela le nom d'asparagine, et le conserva encore après qu'on eût reconnu qu'elle se rencontre dans plusieurs autres végétaux, et notamment dans la guimauve, qui en contient beaucoup. Les auteurs du mémoire ont changé ce nom en celui d'asparamide, pour se conformer aux principes de nomenclature généralement admis, et indiquer les analogies de la substance en question avec d'autres substances précédemment examinées par les chimistes. M. Dumas, dans ces dernières années, a fait connaître une substance qui, sans couleur, ni acide oxalique, ni ammoniaque, jouit de la propriété de se convertir en acide oxalique et en ammoniaque sous l'influence des bases et des acides, et même sous l'influence seule de l'eau à une haute pression. C'est que l'oxamide ne diffère de l'oxalate d'ammoniaque qu'en ce que ce dernier contient de plus les élémens de l'eau qui peuvent se fixer sur l'oxamide sous les conditions précitées. L'oxamide est devenue le type d'une famille nombreuse de matières organiques qui possède comme elle la faculté de se convertir en acides particuliers et en ammoniaque, sous l'influence des acides, des bases ou de l'eau seule à une haute pression.

Il est généralement admis maintenant que les substances qui appartiennent à cette classe prennent la terminaison *amide*, précédée de la syllabe caractéristique du nom de l'acide qu'elles peuvent former; ainsi l'oxamide correspondant à l'oxalate d'ammoniaque, la benzamide correspondra au benzoate d'ammoniaque, la carbonamide (urée) au carbonate d'ammoniaque, la bicarbonamide (acide cyanurique insoluble, au bicarbonate d'ammoniaque; l'asparamide enfin, correspondra à l'asparamate d'ammoniaque. Observons toutefois, avant d'aller plus loin) que l'asparamide forme le type d'une sous-division dans la famille des *amidées*. En effet, l'acide asparamique qui résulte de la réaction retient de l'azote, tandis que les divers acides fournis par l'oxamide, l'urée, la benzamide et l'acide cyanurique insoluble, n'en renferment point. Il n'est pas douteux que beaucoup de corps déjà connus parmi les matières azotées viendront se ranger à côté de l'asparamide, comme il est déjà arrivé pour l'urée, qui est venue elle-même se ranger à côté de l'oxamide.

Le rapporteur examine ce qu'ont fait les auteurs relativement au procédé d'extraction de l'asparamide qu'ils ont perfectionné, à la détermination de sa composition atomistique et au parti qu'ils tirent de

cette détermination pour arriver à l'explication des phénomènes qui rangent ce corps dans la famille des *amidées*. Il termine en concluant à ce que le travail de MM. Boutron-Charlard et Pelouze soit imprimé dans le recueil des savans étrangers, ce qui est adopté par l'Académie.

Physiologie végétale. — M. Auguste de Saint-Hilaire fait un rapport sur un second mémoire de M. Girou de Buzaraingne, relatif à l'évolution des plantes et à l'accroissement en grosseur des exogènes.

Séance du 22. — M. Félix Boudet présente un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur la composition du sang humain.* MM. Chevreul et Robiquet, rapporteurs.

Pain de pommes de terre. — M. Gannal présente à l'Académie un pain plus blanc que celui qu'il avait présenté à la précédente séance, dont le prix, non compris les frais de manutention et cuisson, est de six sous les quatre livres. L'autre était de cinq sous et demi. Voici le procédé de ces deux pains, et d'abord du premier : on prend farine bise, 10 kilogrammes; fécule de pomme de terre, 20 kilogr.; cassonade brute, 250 grammes ; sel commun ; 250 gram.; levure de bierre liquide, 250 gram., eau, 22 litres. On fait le soir avec 10 kilogr. de farine et 8 litres d'eau à la température ordinaire, une pâte que l'on n'emploie que le lendemain matin. Alors on fait bouillir les 14 livres de fécule à laquelle on a ajouté le sel et le sucre. On fait du tout une pâte homogène qu'on laisse reposer pendant une demi-heure, après quoi on l'incorpore dans le pétrin avec l'autre moitié de la fécule. Le mélange bien fait, on y ajoute la pâte de farine préparée la veille, puis la levure délayée dans une très-petite quantité d'eau. Il ne reste plus ensuite qu'à travailler la pâte comme on le fait pour le pain ordinaire. On doit remarquer qu'il ne faut pas attendre que la pâte soit entièrement levée pour l'enfourner et que le four ne doit pas être tout-à-fait aussi chaud que pour le pain ordinaire. La cuisson exige trois-quarts d'heure. Pour que le pain ait une croûte agréable, il faut qu'il soit roulé dans de la farine ordinaire et non dans de la fécule.

Quand on veut faire du pain blanc, au lieu de farine bise ou prend de la farine de *premier gruau*, et au lieu de 22 litres d'eau, on en emploie 26.

—M. Civiale lit un deuxième mémoire sur les résultats qu'il a obtenus à l'hôpital Necker, dans le traitement des calculeux. MM. Dupuytren et Larrey, rapporteurs.

VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire de clinique interne à la Faculté de Médecine de Paris.

La manière dont le concours a été organisé a déjà produit les résultats qu'on avait prévus. Conseil de l'Université, Faculté de Méde-

cine, membres du jury, compétiteurs eux-mêmes, se seraient ligués contre le concours, qu'ils n'auraient pas agi autrement pour en faire saillir tous les inconvéniens et en décider l'abandon. Aussi dit-on qu'il ne résistera pas à cette dernière épreuve.

Nous avons indiqué et critiqué dans l'un de nos précédens numéros (octobre 1832), le singulier mode prescrit par le Conseil de l'instruction publique, pour l'appréciation des titres et des épreuves des concurrens à la chaire de médecine clinique. Certainement, ce n'était pas parce que le réglement donnait une grande valeur aux titres antécédens que nous l'avons trouvé mauvais, mais parce qu'il fixait cette valeur d'une manière invariable, quels que pussent être ces titres, éminens ou faibles, et quelle que fût leur supériorité ou leur infériorité relative. Evidemment le mode de concours établi est vicieux, en ce qu'il ne permet pas aux plus brillantes et aux plus solides épreuves de contre-balancer les plus chétifs antécédens, en ce qu'il fait dépendre le sort d'un concurrent du mérite ou de la faiblesse de tous ses compétiteurs réunis. Ce mode est vicieux par la manière dont est nommé le jury, etc., etc. Mais toutes ces conditions étaient connues avant l'ouverture du concours. Comment se fait-il donc que les compétiteurs n'aient songé à protester que lorsque l'appréciation des antécédens a été connue. Espéraient-ils chacun ou profiter de l'avantage laissé à celui dont les titres seraient mis au premier rang, ou voir le jury, violant l'esprit et la lettre du réglement, n'avoir aucun égard à des antécédens recommandables, pour établir un injuste équilibre.... Mais tout en négligeant les détails d'avant-scène et de coulisse du drame burlesque qui se joue devant nous, et qui nous a montré des vanités si prodigieuses, de si incroyables prétentions, donnons à nos lecteurs un court historique de ce qui s'est passé.

Le concours, avons-nous dit, se compose de trois genres d'épreuves évalués chacun par le numéro d'ordre obtenu par les candidats et doublé pour la première épreuve : 1.° titres antérieurs ; 2.° leçons cliniques ; 3.° thèse avec argumentation. Le chiffre le plus élevé, assigné d'après le réglement, à celui qui a la première place par ses antécédens, et représenté par le doublo du nombre des concurrens, égale donc le chiffre qu'aurait le candidat nommé le premier dans les deux autres genres d'épreuves. Le jury, qui avait d'abord à classer les treize compétiteurs, d'après la valeur de leurs titres antérieurs, les a rangés dans l'ordre suivant et leur a donné le nombre de points qui y correspond ou à peu-près : 1.er, M. Rostan, 26 points ; 2.e, M. Cayol, 24 et demi ; (nous ne comprenons pas ce demi-point ; d'après le réglement, le deuxième compétiteur devait être séparé du premier, par deux points ; mais on dit que c'est une mesure de juste milieu, la moitié des juges ayant voté pour 24 et l'autre pour 25) 3.e *ex æquo*, MM. Piorry et Chauffard 23 ; (en faveur de ces deux Messieurs, on a fait tort d'un demi-point à M. Cayol, et d'un point à M. Rostan) 4.e M. Trousseau,

20 et demi (encore un demi-point!); 5.e M. Rochoux, 19; 6.e M. Gendrin, 17; 7.e M. Dalmas, 15; 8.e M. Gaultier de Claubry, 13; 9.e *ex æquo*, MM. Sandras, Martin-Solon; Casimir Broussais et Gibert, 11.

Ce classement, qui décidait presque à lui seul du résultat du concours, a été vivement attaqué par plusieurs compétiteurs, et pour l'ordre assigné à chacun d'eux, et pour la manière dont les juges avaient procédé pour l'établir, et il faut rendre cette justice aux candidats, la censure la plus amère est venue de ceux qui certainement y avaient été favorisés. Les uns se sont retirés simplement du concours, parceque la place qu'ils avaient sur la liste des titres antérieurs leur ôtait toutes chances. Les autres ont protesté, en se retirant ou en restant; quelques-uns ont sali la cause du concours par des injures adressées aux membres du jury, par des insinuations calomnieuses et ridicules dirigées contre le candidat qui l'avait, à juste titre, emporté sur eux. Les concurrens qui se sont retirés sont: MM. Martin-Solon, Cayol, Chauffard, Gendrin. Ceux qui ont protesté sans se retirer sont MM. Piorry, Sandras et Casimir Broussais.

Certainement, le mode de concours actuel est vicieux, comme nous l'avons reconnu; mais puisque le jury devait établir des rangs entre les compétiteurs d'après leurs antécédens, il devait nommer le premier celui qui en avait évidemment le plus, et l'opinion publique a déjà confirmé le jugement porté sur le candidat placé en première ligne. Il n'en a pas été de même sur le rang donné à quelques hommes qui sont placés trop bas dans la liste. On a généralement remarqué que M. Rochoux, auteur d'un des ouvrages les plus remarquables qui aient été faits dans notre époque, du *Traité de l'apoplexie*, et que M. Gendrin avec son travail si recommandable sur les inflammations, auraient dû être mis en seconde et en troisième ligne, avant ceux qui occupent ces places. On a remarqué encore que plusieurs candidats, rejetés dans les dernières cathégories, quoi qu'ayant peu d'antécédens, méritaient peut-être de passer avant ceux qui sont classés dans les premières, car ce n'est pas le nombre des écrits ou l'épaisseur des ouvrages qui doit être estimé, mais leur valeur: et il est telle production qui devrait compter à son auteur, mais en mauvais points.

Si le jury, auquel on a reproché avec raison la manière dont il a procédé au classement des candidats, avait suivi la marche toute naturelle qui lui était prescrite; si, au-lieu de charger chacun de ses membres de faire un rapport sur les titres de l'un des compétiteurs, il eût fait un rapport collectif et comparatif, beaucoup de prétentions eussent été mises au néant et de criailleries prévenues. Le jury aurait pu montrer à M. Cayol que son livre ne constitue pas un titre bien recommandable, puisque ce que le livre contient de bon, d'excellent, ne lui appartient pas; que ses services antérieurs lui ont été payés, et que malgré sa position favorable, son enseignement peu remarqué ne peut être comparé à celui de M. Rostan, qui a attiré pendant 12 ou 15

ans la foule des élèves à ses leçons cliniques. Le jury aurait pu encore insinuer à M. Cayol qui parle de la reconnaissance que lui devaient quelques anciens collègues, que la dette du professeur ne devait pas être payée par les candidat s. Le jury, pièces en main, eût démontré facilement à tout le monde, sinon à MM. Piorry et Chauffard, que leurs prétentions à la première place ou à un *ex æquo* avec M. Rostan et, même avec quelques autres candidats, ne sont pas fondées ; qu'il faut être bien ignorant des choses ou bien maladroit pour chercher à tourner contre M. Rostan le résultat du concours dernier dans lequel il n'a pas eu *une voix!* Que de choses le jury ne pouvait-il pas dire à certains candidats, qu'ils ne croiraient pas venant de nous chétifs! Cependant, à défaut du jury, nous essayerions de les dire, s'il y avait lieu. R. D.

BIBLIOGRAPHIE.

Lettre chirurgicale sur quelques maladies graves de l'os maxillaire inférieur; par Joseph Gensoul, *ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Paris*, 1833. *In*-8.° *de* 77 *pp. accompagné d'un atlas de huit planches in-fol. Chez J. B. Baillière. Prix*, 7 *fr.*

Sous ce titre modeste, M. Gensoul vient de publier un mémoire extrêmement important sur l'ablation de l'os maxillaire supérieur, opération hardie qu'il a pratiquée le premier, et avec succès, pour enlever diverses tumeurs du sinus maxillaire, et d'un volume considérable. En recherchant avec soin ce que les auteurs modernes les plus célèbres ont écrit sur le traitement à employer pour la guérison des maladies graves de ce sinus, on voit que les uns donnent le précepte formel de s'abstenir de toute opération lorsque les os participent à l'affection de la membrane muqueuse, et surtout quand la maladie a repullulé après avoir été attaquée à l'aide de l'instrument tranchant et du cautère actuel ; les autres conseillent de détruire le mal par l'application réitérée de l'instrument tranchant et du fer rouge, en poursuivant ainsi chaque jour le mal, là où on le voit s'étendre, et à l'enlever de la sorte par parties. L'histoire des opérations faites par Aeoluthus, Jourdain, Garengeot, Desault, Béclard, MM. Dupuytren, Georgi, démontre, en effet, que telle a été la pratique généralement suivie pour les cancers de la mâchoire supérieure.

M. Gensoul rapporte avec détail les cas où il a pratiqué l'ablation de l'os maxillaire supérieur, pour une tumeur ostéo-sarcomateuse d'un volume énorme, pour une tumeur variqueuse très-volumineuse qui occupait le sinus, pour une tumeur cancéreuse du même sinus ; il décrit avec soin un exemple de tumeur d'une grosseur assez considérable, qui offrait extérieurement tous les caractères de celles qui

viennent d'être indiquées, et qui n'était que la conséquence d'une hydropisie du sinus, causée par la présence d'une dent canine implantée dans l'apophyse montante de l'os maxillaire. Il signale particulièrement la méprise dans laquelle il est tombé, dans ce cas, et qu'il n'a reconnue qu'après avoir pratiqué l'opération ; enfin, il rapporte deux observations d'ablation d'une partie de l'os maxillaire inférieur et de la moitié de cet os avec désarticulation de son condyle.

Ce n'est qu'après avoir bien étudié les rapports de l'os maxillaire, et avoir reconnu ; 1.° qu'il n'est fixé d'une manière solide aux autres os de la tête que par son apophyse montante et ses articulations avec l'unguis et l'éthmoïde, par le rebord orbitaire de l'os de la pommette jusqu'à la fente sphéno-maxillaire, et par l'articulation des maxillaires et des palatins entr'eux ; 2.° que le quatrième point de contact de cet os avec le palatin et l'apophyse ptérygoïde, cède facilement par le simple abaissement du maxillaire dans l'intérieur de la bouche ; 3.° qu'aucun vaisseau volumineux ne devait être ouvert, et que, dans le cas contraire, on pouvait comprimer momentanément la carotide contre le rachis ; 4.° enfin, quant aux nerfs, un seul tronc un peu important pouvait être lésé ; mais sa section, qui n'entraîne aucun danger, pouvait être faite avant d'enlever l'os dans lequel il pénètre. C'est, disons-nous, après s'être bien pénétré de ces différentes observations, que M. Gensoul a procédé à l'ablation et à la désarticulation de l'os maxillaire supérieur dans les cas que nous avons cités : nous ne décrirons pas ici son procédé opératoire, nous dirons seulement que, pour découvrir les os, il divise préliminairement la peau de la face au moyen de trois incisions, dont une première s'étend de l'angle interne de l'œil à la lèvre supérieure qu'elle divise complètement au niveau de la dent canine correpondante ; une seconde part de cette première à la hauteur de la base du nez, et se prolonge jusqu'au devant du lobule de l'oreille, et la troisième, qui commence quelques lignes en dehors de l'angle orbitaire externe, vient se terminer au même point que la seconde ; il en résulte un lambeau carré, qui est ensuite disséqué et soulevé.

Des faits qu'il rapporte, M. Gensoul conclut : 1.° que les maladies les plus graves du sinus maxillaire peuvent être guéries par une opération ;

2.° Que cette opération, qui consiste à enlever le maxillaire supérieur, doit être rangée dans la classe des opérations réglées, et n'être plus subordonnée à la nature du mal et au génie du chirurgien, comme l'a imprimé, en 1832, M. Velpeau dans son excellent traité de médecine opératoire ;

3.° Que cette opération très-grave en apparence promet des résultats plus heureux que ceux de l'amputation des membres, puisque les huit malades qui y ont été soumis ont eu le bonheur de guérir sans être privés d'aucun de leurs sens et d'aucune de leurs facultés ;

4.° Que, dans tous les cas d'hydropisie du sinus maxillaire, on doit examiner avec soin si toutes les dents ont traversé le bord alvéolaire;

5.° Que la désarticulation d'une branche de l'os maxillaire inférieur peut être tentée avec un espoir réel de succès;

6.° Enfin, que l'ablation d'un arc, même considérable du maxillaire inférieur, ne produit pas toujours une repoussante difformité.

Telles sont les conséquences qui ressortent des faits observés par M. Gensoul et de son opération hardie que l'histoire comptera au nombre des conquêtes les plus importantes de la chirurgie du XIX.e siècle. Nous ne doutons pas qu'on ne s'empresse de connaître le mémoire de M. Gensoul : il est nécessaire qu'on le médite, si l'on veut suivre la route qu'il a tracée. Les planches qui l'accompagnent ajoutent un intérêt réel à cette publication, en représentant fidèlement l'état des malades avant et après l'opération. C'est un travail qui sera recherché du tous les praticiens jaloux de suivre les progrès de leur art. OLLIVIER.

Pétition relative à la question de la contagion et aux mesures sanitaires, adressée à la Chambre des Députés par N. CHERVIN, *membre titulaire de l'Académie royale de Médecine. Paris, mars* 1833, *in-8.°* 131 *pp.*

M. Chervin s'est mis au premier rang parmi les médecins contemporains, et par le zèle admirable avec lequel il s'est livré à l'étude du mode de propagation de la fièvre jaune, et par la persévérance courageuse avec laquelle il a cherché à faire briller à tous les yeux la vérité d'une doctrine qu'il a déduite d'une masse imposante de faits et qui est chez lui l'objet d'une foi véritable. Le long dévouement du docteur Chervin, la mauvaise foi de la plupart de ses adversaires et les entraves du pouvoir qui aurait dû favoriser ses recherches, sont connus à présent de tout le monde, et ceux-là même qui ne croient pas devoir partager ses opinions médicales, ne peuvent plus du moins se refuser à reconnaître qu'il a eu constamment sur ses antagonistes, dans ses discussions avec eux, l'immense avantage de l'exactitude, du raisonnement et de l'observation la plus vaste et la plus multipliée qui se soit jamais offerte à un médecin sur un sujet spécial.

Les partisans de la contagion, comme l'entendent les antagonistes de M. Chervin, sont encore en assez grand nombre, surtout parmi les gens du monde, et, en particulier, parmi les hommes qui ont quelque influence auprès du pouvoir, pour que cette question dont la solution importe tant à la société, ait encore besoin d'être agitée fortement et présentée avec tous ses avantages. C'est pour soutenir jusqu'au bout la lutte qu'il a engagée avec tant de supériorité, que l'auteur de la pétition demande la publication des documens qui sont les résultats de l'enquête officielle que le gouvernement a fait faire

aux États-Unis d'Amérique, sur sa conduite, sur son caractère moral et sur la question de la contagion ou de la non-contagion de la fièvre jaune, car, de l'aveu même de ses adversaires, si cette enquête officielle produisait des renseignemens favorables, ses travaux et son opinion mériteraient la plus haute considération. N'est-il pas incroyable que dans une question toute médicale, toute scientifique, le gouvernement se laisse aveuglément conduire par des hommes entièrement étrangers à la médecine et ne croit pas même devoir consulter les corps savans qui ont pour objet, non-seulement d'agrandir la science, mais encore de diriger l'application des découvertes scientifiques? En vain l'Académie des sciences et l'Académie de médecine ont approuvé d'une manière solennelle les travaux du docteur Chervin; ce jugement respectable n'a produit aucun effet sur la conviction arrêtée d'avance d'une administration entêtée et méticuleuse, et l'on a refusé d'entreprendre les intéressantes expérimentations proposées. Un premier succès auprès des hommes du pouvoir vient enfin de couronner les efforts de M. Chervin; la Chambre des Députés a pris sa pétition en sérieuse considération. Espérons que, conformément à ses vœux, l'administration sera forcée de publier les pièces qu'elle a recueillies touchant la question qui nous occupe, qu'on tentera les expériences nécessaires pour constater la contagion ou la non-contagion de la peste du Levant, et surtout qu'on ne tardera pas à réformer entièrement notre système et notre législation sanitaires qui sont si vexatoires, si nuisibles aux intérêts du commerce, si illusoires : en un mot, si peu en harmonie avec le développement de toutes les connaissances qui signale notre siècle.

The effets of arts, trades, and possessions, *etc.*, *on* Heolth et Longevity, *etc. De l'influence des arts, du commerce, des professions, des diverses positions sociales et des manières de vivre, sur la santé et sur la longévité, contenant des aperçus sur les moyens de diminuer l'influence des agens qui produisent les maladies et qui abrègent la durée de la vie; par* C. Turner Thackrah. 2.

La recherche des causes dépendant des professions et des diverses positions sociales qui influent sur la production des maladies, est un sujet dont chacun doit sentir l'importance, et qui cependant n'a fixé l'attention que d'un très-petit nombre de savans. Le traité de Ramazzini, celui de M. Patissier et quelques mémoires de MM. Parent du Chatelet et d'Arcet sont les seuls ouvrages que nous possédions sur ce point de police médicale. Cette branche de la science avait été complètement négligée en Angleterre, malgré l'extrême

intérêt que devraient présenter des recherches de ce genre dans un pays éminemment industriel et où une aussi grande proportion de la population se livre à des travaux manufacturiers. La cause de cette négligence apparente est sans doute l'immensité du sujet et la difficulté de se procurer des renseignemens assez exacts, assez circonstanciés et assez nombreux pour arriver à des conclusions rigoureuses. Personne aujourd'hui ne se souvenait des vagues dissertations qui remplissent presque en entier l'ouvrage de Ramazzini. Il faut des faits bien établis, des rapports numériques qui ne peuvent être que le résultat de recherches suivies pendant une longue suite d'années et par des personnes placées dans des conditions favorables pour recueillir des observations de ce genre sur chaque branche d'industrie et sur les différentes positions sociales des individus. Ce travail ne peut donc être l'œuvre d'un seul homme, et il ne pourra être complet et offrir un véritable intérêt que lorsque les élémens partiels dont il doit se composer, seront assez nombreux et assez bien établis pour qu'on puisse en former un ensemble et en déduire des conclusions rigoureuses. C'est ce que M. Thackrah a bien senti en publiant le livre que nous avons sous les yeux. Il n'a pas eu la prétention do donner un traité complet de la matière, il a voulu seulement offrir un modèle de ce que l'on peut faire en ce genre, et sous ce rapport, son ouvrage mérite d'être remarqué, car il contient des données très-importantes sur la salubrité ou l'insalubrité de différentes professions, et les conclusions qu'il tire de ses observations faites, il est vrai, dans des limites assez étroites, sont ou rigoureusement exactes, ou tout au moins s'approchent beaucoup de la vérité.

L'auteur débute par un examen statistique des effets des diverses professions mercantiles et industrielles sur la mortalité en général du district manufacturier du Yorkshire et en particulier de la ville de Leeds. En partant des données fournies par le récensement fait en 1821 par ordre du parlement, on voit en effet très-distinctement, par la petite proportion des individus qui atteignent un âge moyen, et plus encore par la proportion très-faible de ceux qui parviennent à un âge avancé, les effets délétères des professions industrielles sur la durée moyenne de la vie dans le district occidental de ce vaste comté (*West Riding*). Ainsi sur chaque 20,000 habitans on en trouve 1702 entre 40 et 50 ans, 1204 entre 50 et 60, 815 entre 60 et 70, 378 entre 70 et 80 et 102 au-delà de cet âge, tandis que dans le district septentrional (*North Riding*) du même comté, où il existe peu de manufactures, les nombres correspondans à ceux que nous venons d'indiquer, sont 1844, 1420, 1104, 629 et 230. La proportion des vieillards au-dessus de 70 ans, est donc d'environ 11 à 6 en faveur des habitans du district non-manufacturier. La comparaison de la mortalité relative dans la ville de Leeds, et dans les paroisses rurales qui en dépendent, fournit

une preuve plus évidente encore de l'exactitude de ce résultat. En 1821, la mortalité de Leeds a été de un sur 55; dans la municipalité de Ripon, qui n'est pas tout-à-fait une commune rurale, de un sur 67, et dans la commune agricole de Piekernig Lythe de un sur 74 seulement.

M. Thackrah divise les individus en quatre grandes classes: les ouvriers, les marchands en détail, les manufacturiers et les négocians en gros, et les gens qui exercent un art libéral tel que la médecine.

Il subdivise les ouvriers en six classes : 1.° ceux qui développent beaucoup d'activité et qui exercent principalement leur métier en plein air; 2.° ceux qui travaillent dans une atmosphère limitée et impure; 3.° ceux qui sont exposés à respirer de la poussière, des odeurs ou des substances gazeuses; 4.° ceux dont la peau est exposée au contact de substances nuisibles; 5.° ceux qui sont habituellement exposés au froid et l'humidité; 6.° enfin ceux qui sont habituellement exposés à une température élevée ou à de fréquentes vissicitudes de températures. Ces arrangemens nous semble très-judicieux.

L'auteur passe ensuite en revue les individus appartenant à ces diverses classes; il examine avec soin les causes qui influent sur le dérangement de leur santé, et qui dépendent, soit des actes auxquels ils se livrent, soit des circonstances où ils sont placés, et il indique les maladies qui en résultent le plus ordinairement. Nous regrettons que les bornes de cet article ne nous permettent pas de le suivre dans cet examen; nous dirons seulement que toute cette partie de l'ouvrage est traitée avec soin et dans un esprit qui décèle un observateur consciencieux et habile, et que les conclusions auxquelles il est amené sont fondées sur des faits bien observés et exacts, du moins pour les limites où il s'est renfermé.

Les trois dernières sections du livre de M. Thackrah dans lesquelles il traite des maladies et de la mortalité des marchands, des chefs de manufactures et des négocians, etc., contiennent aussi quelques remarques générales intéressantes, mais peu ou point de faits particuliers, qu'à la vérité il est très-difficile de se procurer. Nous ne nous y arrêterons pas.

L'ouvrage est terminé par quelques observations pratiques sur les agens qui concourent à augmenter les maladies et la mortalité parmi les artisans, et par plusieurs instructions très-judicieuses sur les moyens de contre-balancer leurs mauvais effets. Ces préceptes peuvent se réduire aux suivans : le bon exemple et une surveillance attentive des chefs, un air pur et frais, l'usage des bains, l'exercice musculaire, un travail prolongé dans de justes bornes, et l'attention de ne pas négliger les dérangemens accidentels de la santé.

FIN DU TRENTE ET UNIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TRENTE ET UNIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

TABLEAU des maladies observées à la clinique de la Pitié pendant les mois de novembre, décembre 1832, et janvier 1833, par M. Martin Solon, agrégé en exercice à la Faculté.

CLASSES.	SIÈGES.	NOMS des maladies.	Total de chaque maladies.	SEXES		TERMINAISONS			Total de chaque maladies.	OBSERVATIONS.
				hommes.	femmes.	guérison.	amélioration.	mort.		
FIÈVRES	Morbus totius substantiæ.	Ataxique.	2	1	1	1		1	2	
		Typhoïde.	6	6		4		2	6	
		Courbature pléthore.	8	5	3	8			8	
PHLEGMASIES	Cutanées	Érysipèle.	5	2	3	5			5	
		Variole confluente.	4	4		2		2	4	
		Varioloïde.	2	1	1	2			2	
		Miliaire.	1		1	1			1	
		Zona.	1		1	1			1	
		Urticaire.	1	1		1			1	
		Prurigo.	2	2		2			2	
	Muqueuses	Fièvre catarrhale.	7	5	2	6		1	7	
		Ophthalmie aiguë.	2	2		2			2	
		Ophthalmie chronique.	1		1	1			1	
		Coryza chronique.	1		1	1			1	
		Angine tonsillaire.	1		1	1			1	
		Angine laryngée.	2		2	1	1		2	
		Bronchite aiguë.	18	7	11	18			18	
		Bronchite chronique.	7	3	4	2	5		7	
		Gastro-entérite.	10	6	4	10			10	
		Gastrite chronique.	2	2		2			2	
		Cancer de l'estomac.	1		1		1		1	
	Séreuses	Vaginite aiguë.	4		4	4			4	
		Pleureusie aiguë.	4	2	2	4			4	
		Péritonite aiguë.	1		1	1			1	
	Parenchymateuses	Pleuro-pneumonie.	8	4	4	7		1	8	
		Pneumonie chronique.	1	1		1			1	
		Phthisie pulmonaire.	7	2	5		3	4	7	
		Cardite interne aiguë.	1	1				1	1	
		Cardite chronique.	2	2			1	1	2	
		Hépatite aiguë.	1		1	1			1	
		Altérat. sécrét[re] du foie — ictère.	4	3	1	4			4	
		Altérat. sécrét[re] du foie — aff. bil[se]	8		8	8			8	
		Splénite chronique.	1	1		1			1	
		Néphrite aiguë.	1		1	1			1	
		Orchite aiguë.	1	1		1			1	
		Métro-péritonite aiguë.	2		2	2			2	
		Cancer utérin.	4		4		3	1	4	
	Synoviales et fibreuses.	Arthritis chronique.	2	1	1	1	1		2	
FLUXIONS ou RHUMATALGIES.	Cellulaires	Oreillons.	1	1		1			1	
	Musculaires	Pleurodynie.	6	2	4	6			6	
		Entérodynie.	1	1		1			1	
		Lumbago.	8	7	1	8			8	
	Nerveuses	Neurodynie sciatique.	1	1		1			1	
FLUX.	Hémorrhagiques	Morbus macul. W.	1		1	1			1	
		Congestion cérébrale.	4		4	4			4	
		Hématémèse.	1		1	1			1	
		Ménorrhagie.	1		1	1			1	
		Dysmenorrhée.	2		2	2			2	
		Hémorrhoïdes.	2	1	1	2			2	
	Séreux	Hydropisie ascite.	1		1			1	1	
	Muqueux	Bronchorrhée.	2	2		2			2	
	Cholérique ou asiatique.	Choléra épidémique.	1		1	1			1	
NÉVROSES	Du système sanguin	Chlorose.	2		2	2			2	
	De l'appareil digestif	Colique saturnine.	2	2		2			2	
		Gastralgie.	1		1	1			1	
	De l'encéphale	Delirium tremens.	1	1		1			1	
	Du système nerveux	De la 7[me] paire céréb.	1		1	1			1	
	Du système musculaire	Tremblement merc.	1	1		1			1	
		Paraplégie.	2	1	1	2			2	
	Périodique	Fiév. intermittentes simples — quotidienne.	5	4	1	5			5	
		Fiév. intermittentes simples — tierce.	4	4		4			4	
		Fiév. intermittentes simples — quarte doub.	1	1		1			1	
APPENDICE	Affections diverses.	Syphilis.	5	1	4	5			5	
		Affection vermineuse.	2	1	1	2			2	
		Etat puerpéral.	2		2	2			2	
		Hydropisie ovarique.	1		1		1		1	
		Contusions.	5	1	4	5			5	
		Totaux.	203	97	106	172	16	15	203	

Résultat : sur 203 malades 15 sont morts, 188 sont sortis avec guérison ou amélioration. — La proportion des morts est aux malades entrés :: 1 : $13\frac{1}{2}$; celle des morts aux sortis :: 1 : $12\frac{1}{2}$.